

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

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. } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director

SOLUCIÓN CLIN al Salicilato de Sosa

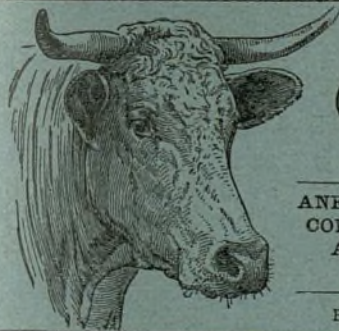
2 gr. Salicilato de Sosa por cucharada grande

DOSIFICACION RIGOROSA — PUREZA ABSOLUTA — SABOR AGRADABLE

ES EL MEJOR MODO DE ADMINISTRAR EL SALICILATO DE SOSA

REUMATISMOS AGUDOS ó CRÓNICOS — DOLORES MUSCULARES

LABORATORIOS CLIN, 20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.— 111, Claris BARCELONA 1557



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD
CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS,
AFECIONES DEL ESTÓMAGO
Y DEL INTESTINO

preparado en frío y concentrado
en el vacío,
en solución sacaro-glicerinada

1 á 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUEZ, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



Representante en España: D. DANIEL ROBERT, Claris, 72. — BARCELONA



PEPTOYODAL ROBERT

PREPARADO POR J. ROBERT, SOLER
INGENIERO QUÍMICO Y FARMACEUTICO

FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA

YODO ORGÁNICO EN
LÍQUIDO e INYECTABLE





NATROCITRAL

ANTIDIPEPTICO

COMPRIMIDO
Y GRANULADO

ROBERT



PHOSPHORRENAL ROBERT

RECONSTITUYENTE

Los sres. Médicos lo
recetan en las tres formas:

GRANULAR · ELIXIR · INYECTABLE

LAURIA 74. FARMACIA ROBERT. BARCELONA.



Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser à Ms. Louis Vidal & Dareau, 107, Rue Lafayette. - Paris, (10°), ou à l'Administration du Journal. - Serrano, 58, a Madrid.

FRANQUEO
CONCERTADO

MEDICACIÓN ANTIHEMOLÍTICA

ANTITÓXICOS García Suárez, son unos preparados inyectables á base de COLESTERINA en aceite alcanforado.

La colessterina es el Antihemolítico más poderoso y de efectos más seguros conocido hasta hoy; una vez en el torrente circulatorio reacciona con la célula orgánica con tal actividad, que ésta multiplica sus receptores ó cadenas laterales de Ehrlich haciéndola resistente á mayor número de moléculas tóxicas, neutralizándolas y nueva regeneración de receptores desprendidos de la célula inmunizada, circulan por la sangre y son los elementos específicos que constituyen las antitoxinas,

SON CINCO LAS FORMULAS PREPARADAS

con las siguientes dosis en ampollas de 2 c. c.

Antitóxico.

Colessterina.....	0,05
Alcanfor.....	0,10

Antitóxico gomenolado.

Colessterina.....	0,05
Alcanfor.....	0,10
Gomenol.....	0,10

Antitóxico gomenolado estrícnico.

Colessterina.....	0,05
Alcanfor.....	0,10
Gomenol.....	0,10
Estricnina.....	0,00025

Antitóxico estrícnico.

Colessterina.....	0,05
Alcanfor.....	0,10
Estricnina.....	0,00025

Antitóxico creosotado yodofórmico.

Colessterina....	0,10	Alcanfor.....	0,10	Gomenol.....	0,10
Eucaliptol.....	0,10	Terpinol.....	0,05	Creosota.....	0,05
		Yodoformo.....	0,02		

INDICACIONES: Bronquitis, Bronconeumonías, Tuberculosis. En las complicaciones Bronco-Pulmonares de la Gripe, en los estados infecciosos de tendencia hemolítica, Fiebres puerperales, Fiebres tíficas y en todas aquellas de origen séptico.

De todas las fórmulas se preparan ampollas de 4 c. c. con dosis doble de medicación,

cosa que se comprende con la mayor facilidad por la posición de los órganos. Este dato debe tenerle siempre presente el cirujano para tratar de evitar los desgarros del recto, que por lo demás y en los casos difíciles son casi imposibles de esquivar del todo. Los anejos izquierdos suelen contraer adherencias con la S ilíaca del colon y con el colon pelviano, en tanto que los del lado derecho se adhieren al apéndice y al ciego. En cuanto á las adherencias por la parte superior con las asas del intestino delgado y con el epiplón son constantes.

Si por excepción se encuentran los anejos inflamados delante del útero, contraerán adherencias con la cara superior de la vejiga. En cambio, con el uréter es raro que lleguen á contraer adherencias y solamente podrían hacerlo por intermedio del peritoneo que cubre á éste. En suma, si bien estas adherencias pueden afectar á los órganos más diversos de los que se llegan á poner en contacto con los anejos inflamados, lo esencial es recordárselas para el momento de la extirpación, y sobre todo, tener en cuenta que siempre son más fuertes y más espesas en la proximidad del estrecho superior de la pelvis que en el fondo de la cavidad pelviana. En este fondo se encuentran fácilmente espacios libres y planos de disección, en tanto que en la parte superior no se halla nada semejante. El aislamiento y despegamiento de los órganos enfermos resulta, por tanto, mucho más fácil cuando se atacan estos órganos por la parte inferior que cuando se llega á ella por la superior. Este fenómeno se debe seguramente á que las asas del intestino están mucho más regadas que la serosa de la parte inferior de la pelvis menor y muy probablemente también á que cuando la trompa inflamada se va á alojar en el fondo de saco de Douglas, tiene ya un volumen suficiente para no poder llenar este fondo de saco por completo y queda por debajo de ella un espacio por donde se puede iniciar la disección. La técnica del tratamiento quirúrgico de estos procesos está dominada precisamente por esta propiedad de las adherencias. La resistencia de las adherencias varía con la intensidad de la infección, con la de las defensas y, sobre todo, con la antigüedad

obliteración no se hace á expensas de la mucosa. Las franjas que parten del pabellón de la trompa están por fuera revestidas de peritoneo que tiene la propiedad de crear adherencias muy rápidas, y esta cara cubierta de peritoneo es la que da lugar á las adherencias. El primer efecto de la inflamación de las franjas consiste en hacer que sean rígidas, que se adhieran una á otra por sus bordes y que se aproximen entre sí. El orificio del pabellón se estrecha, y las franjas que se encuentran opuestas se aproximan entre sí, se ebarquillan y tienden á penetrar en el pabellón de la trompa. De este modo se ponen en contacto sus superficies serosas, quedando en seguida establecida la adherencia. Los productos de la inflamación que se encuentran en el interior de la trompa ya no tienen escape. En otros casos se desarrollan quistes serosos ó purulentos en el ovario, al que viene á adherirse el pabellón de la trompa.

Este pabellón se cierra y las paredes del quiste quedan constituidas en parte por el ovario y en parte por el pabellón de la trompa por fuera del tabique de oclusión, de modo que la serosidad ó el pus no se encuentran en realidad en el interior de la cavidad de la trompa, pero con el tiempo la pared que separa el quiste de la cavidad de la trompa, y en caso de que haya varios quistes, el más voluminoso de ellos, se va desgastando por el aumento progresivo de volumen de dicho quiste y acaba por romperse y desde ese momento queda la salpingoovaritis quística completamente constituida. Este mecanismo complicado se ha ido siguiendo paso á paso mediante la observación de numerosas piezas y, por tanto, está completamente confirmado. El orificio que pone en comunicación el quiste ovárico con el de la trompa es al principio muy estrecho, pero poco á poco se va agrandando y llega á desaparecer toda separación, de suerte que no se observa más que un quiste único y que en la pared del mismo la zona que corresponde al ovario va perdiendo sus caracteres de tal manera que este último parece que ha desaparecido. Una vez constituido el quiste de la trompa, por cualquiera de los mecanismos indicados, el órgano se presenta aumentado de volumen. Este aumento no siempre es

muy considerable, de modo que con frecuencia no resulta mayor la trompa quística que la que queda permeable y hay que examinar con cuidado el pabellón para convencerse de que existe en efecto la oclusión. En cambio, la superficie de la trompa en los casos de salpingoovaritis quísticas es mucho más irregular que en los casos de salpingoovaritis simple, porque el líquido que se encuentra en el interior del órgano hace presión sobre su pared y ésta cede más ó menos según la resistencia que tenga en cada punto. En otros casos se desarrolla el quiste y su tamaño va siendo cada vez mayor hasta el punto de haberse encontrado algunos con un contenido de cerca de un litro. Se encuentran en la literatura casos en los que se dice que había hasta 112 libras de líquido. En los casos de quistes de algún tamaño, el órgano tiene una forma redondeada y más bien piriforme, en que el tercio interno de la trompa, menos dilatado que el resto, parece ser el tallo que la une al útero. En los casos en que el proceso ha quedado más reducido, se presenta el órgano entero con numerosas jibosidades irregulares. Las relaciones del ovario con la trompa que ha sufrido estas alteraciones son variables. Unas veces se encuentra aislado de ella y parece completamente sano, pero estos casos son totalmente excepcionales; en otros se encuentra oculto en uno de los pliegues de la trompa y hasta completamente oculto por adherencias y falsas membranas y, por último, ya hemos dicho la participación que toma en algunos casos en el desarrollo del quiste y que entonces parece haber desaparecido confundándose con la pared del mismo.

La bolsa quística de la trompa llena casi por completo el fondo de saco de Douglas, porque la parte externa de la trompa se halla ya en condiciones normales por detrás del ligamento ancho, y si se tiene en cuenta que es esta parte, precisamente, la que se dilata formando la bolsa del quiste, se comprenderá que la acción del peso ha de llevar la parte enferma hacia dicho fondo de saco. La posición en decúbito supino que la enferma tiene que adoptar durante bastante tiempo á consecuencia del proceso facilita el desplazamiento hacia atrás. Según el tamaño que tenga el quiste se en-

es el paso á una de las formas esclerosas de las ovaritis.

Estas ovaritis esclerosas presentan á su vez un aspecto sumamente diferente según el periodo de evolución en que se las estudie. En un principio, sobre todo cuando se desarrollan á consecuencia de una ovaritis infecciosa de las que acabamos de estudiar, hay un aumento de desarrollo del tejido conjuntivo con reducción de todos los demás tejidos, y sobre todo, destrucción de los folículos; esta forma se llama ovaritis crónica hipertrofica. Según se va retrayendo el tejido conjuntivo, se van destruyendo todos los elementos nobles; el tamaño del ovario llega á ser inferior al normal y resulta la ovaritis atrofica. De modo que ambos tipos de ovaritis esclerosas se pueden presentar á consecuencia de una ovaritis infecciosa, sea cual fuere la naturaleza de ésta. Aparte de este origen, sin embargo, la ovaritis esclerosa puede tener una causa distrofica. Al tratar de la ovaritis escleroquística hemos discutido su patogenia. Todos los tipos de lesiones que hemos descrito se pueden combinar de las maneras más diversas, sea en un lado solo, sea en los dos. Muchas veces no se limita la lesión á las trompas y á los ovarios, sino que se extiende á los órganos más inmediatos y en este caso se producen adherencias muy extensas que son de la mayor transcendencia para la operación en esta región y por este proceso. El fondo de saco de Douglas es el que presenta las adherencias más extensas en la mayoría de los casos por ser el sitio donde se encuentran los anejos inflamados por el mecanismo ya descrito. Si la trompa inflamada y colocada en este fondo de saco aumenta de volumen, le va llenando almolándose exactamente á su forma y poniéndose en contacto por toda su superficie con el peritoneo parietal. Tratándose de un hidrosalpinx ó de una lesión no infectada, las cosas se reducen á este contacto, pero en cuanto se trate de un proceso infeccioso, la trompa se adhiere, y cuando se ha extirpado, el peritoneo parietal ha perdido por completo el aspecto que debe tener normalmente, se encuentra destruido y arrancado en algunos sitios. La adherencia de los anejos inflamados con el recto es caso constante y además muy extensa y muy resistente.

Siempre que la **excreción biliar**
esté total ó parcialmente parada

BILEYL

SALES BILIARES

EN TUBO DE ALUMINIO CONTENIENDO

60 GLÓBULOS

MODO DE EMPLEO:

2 ó 3 GLÓBULOS
después de cada comida.

ICTERICIAS
CALCULOS BILIARIOS
COLEMIA
ENTERO-COLITIS
MUCO - MEMBRANOSAS
CON ESTRENIMIENTO



BIOLACTYL

FERMENTOS LACTICOS

en tubo de aluminio conteniendo

60 COMPRIMIDOS

MODO DE EMPLEO:

ADULTOS: Tres á cuatro comprimidos después de cada comida
Sin masticarlos y de preferencia en agua azucarada.

CRIATURAS: Hasta cuatro meses; dos comprimidos por día.

» ocho » cuatro »
» el destete: seis »

Siempre antes de las mamadas con agua hervida y azucarada.

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES DE PARÍS

Laboratorios Fournier Frères. - 26, Boulevard de l'Hôpital. - París.

Literatura y muestras gratuitas á los depositarios generales para España:

HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A. - Apartado 12.077. - MADRID

Ayuntamiento de Madrid

SANATORIO PENA CASTILLO

Destinado á 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 especial de toxicómanos.

Director: Excmo. Sr. D. M. Morales. — Médicos: Doctores Penzoldf, Oliver y Luquero.

SANTANDER

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 prácticas*, *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, la 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.

VACANTES

Por razones de tirada de las muchos pliegos de papel que forman nuestro periódico, nos vemos precisados á alelantar á la imprenta las vacantes. Aun cuando insertamos todas aquellas de que hasta el día del cierre de la primera parte tenemos conocimiento, deseamos dar á nuestros cada día más numerosos lectores mayor información, y desde el número presente colocaremos en la Sección de Crónicas una que llevará por título *Vacantes* y en la que daremos cuenta de un modo reducidísimo de todas las existentes hasta el último momento de cerrar el número, sin perjuicio de publicar en los siguientes, con todo detalle, el anuncio correspondiente.

He aquí el modo de anunciarlas:

Jaraiz de la Vera (Cáceres). 2.000 + 200. 1 Septiembre.

Donde podemos leer: Vacante de Jaraiz de la Vera (Cáceres), con el sueldo anual de 2.000 pesetas, más 200 por Inspección municipal. Solicitudes hasta el 1.º de Septiembre,

(Continúa en la pág. XXIV.)

Balneario de Carlos III TRILLO

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

Nervios. - Reuma. - Eserófula. - Piel.

Deliciosa estación de verano. — Gran parque y monte.

Clima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

FABRICA EXTRANJERA

de artículos especiales farmacéuticos busca Médico ó Estudiante de Medicina español para hacer continuamente traducciones de impresos, prospectos, etc., del alemán al español.

Ofertas con pretensiones á

P. K. 2275 RUDOLF MOSSE

Prag I. Ovocny trh 19 CSR.

SARNA

♦♦ (ROÑA) ♦♦

una rápida y cómoda con el **SULFURETO CABALLERO**

Destructor tan seguro del *Sarcoptes Scabiei*, que una sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

Preparado en los
LABORATORIOS
DEL
NUJOL
Standard Oil Co.
(New - Jersey)
New York



JUZGAR POR EXPERIENCIA

El médico que ha ensayado el **NUJOL**, lo prescribe Siempre porque sabe por experiencia propia que obtendrá los efectos terapéuticos deseados.

NUJOL ES EL LUBRIFICANTE IDEAL DE LOS INTESTINOS

El **NUJOL** es de calidad uniforme

El **NUJOL** tiene constantemente la misma viscosidad, al contrario de los demás aceites de vaselina

El **NUJOL** es incoloro, inodoro y no tiene sabor alguno

El **NUJOL** da resultados siempre invariables, porque de por si es invariable

DE VENTA EN
TODAS LAS FARMACIAS
DE BARCELONA

Nujol

PEDIR MUESTRAS Y FOLLETOS

BUSQUETS HERMANOS

FARM. EL ESTREÑIMIENTO RONDADA TOCHA 23 trip MADRID

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

Simbiosis de fermentos lácticos
y búlgaros en estado líquido
y con fecha de utilización.

El mejor desinfectante intestinal.

SUERO HEMOPOIÉTICO

Suero fresco de caballo.

En cajas de 10 ampollas de 10 c. c.

Para combatir anemias, cohibir
hemorragias y exaltar fagocitosis.

El mejor tratamiento proteínoterápico.

Se preparan todos los sueros,
vacunas y opoterápicos,
sancionados por la práctica.

TERAPÉUTICA NOVÍSIMA

FEBRIFUGOL

"Egabro"

Maravillosa medicación de positiva anti-
sepsia interna, sin sales de mercurio ni
fermentos lácticos.

Infalible en las fiebres tíficas, paratífi-
cas y colibacilares, y en todas las infec-
ciones endodigestivas.

UROTROPINA y PLATA COLOIDAL en
elixir de Zeas Mais. Fórmula racional y
modernísima.

Ensayarlo una sola vez es prescribirlo
siempre.

Servimos muestras y folletos.

LABORATORIO "ÉGABRO"

CABRA (Córdoba).

SIL - AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro.

Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.

Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— Elixir de bardana y estaño eléctrico. —

INDICACIONES:

**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

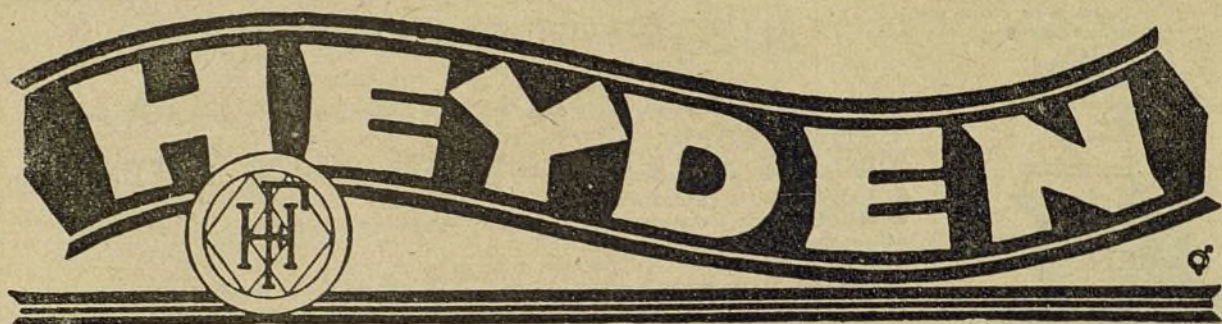
Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-
neral de Sanidad, número 4.193.

Alcaloides del opio y de la belladona
(var. estable en solución Bética).

ATROPAVER

Muestras y literatura á dis-
posición de los señores Mé-
dicos que lo soliciten al
Laboratorio «CELTA»,
Valencia.



Caseosan

(Solución esterilizada de Caseína).

— Heyden —

Para la proteinoterapia parenteral.

Para emplear en inyecciones subcutáneas, intramusculares é intravenosas.

En inflamaciones locales, para combatir las enfermedades infecciosas generales, profilácticamente y en sus primeros estados.

Envases: Cajas de 10 ampollas de 1 c. c.

Cajas de 6 ampollas de 5 c. c.

Adsorgán

— Heyden —

Es un absorbente y desinfectante del tubo digestivo de efecto seguro.

Muy útil en las enteritis, diarreas de fermentación y de putrefacción, intoxicaciones y autointoxicaciones, flatulencias, úlceras gástricas y en el meteorismo, etc. etc.

De sabor agradable. En forma granulada. Completamente inocuo.

Envases: Latas de 25 y 50 gr.

Latas de 250 gr.

Muestras y literatura por nuestro representante:

J. PAUSS

Nueva S. Francisco, 27. — BARCELONA

CHEMISCHE FABRIK VON HEYDEN A.G. RADEBEUL-DRESDEN

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —

11-VIII-1928

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

MEDICO Y MEDICACION

POR EL

DR. H. HIGIER

WARSAWA

Cuál es el principal papel del médico y qué deberes tiene, no todos lo saben. Ante todo el médico debe ayudar al que sufre. ¡Asistirle, atenderle y cuidarle! Este ha sido y será durante siglos el categórico deseo del paciente y de sus parientes. Tal expresaron en su tiempo

EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

- 1) por la intensidad de su efecto analgésico
- 2) por no causar sueño.
- 3) por no atacar al corazón ni causar sensaciones de calor.

Asclepios, ídolo de salud; esto fué durante la época antigua de Hipócrates, Celso y Galeno; esto fué durante la edad media de Paracelso, Pareo y Sydenham; esto es en nuestro tiempo, y parece ser que no ha de cambiar.

No es razonable reprochar al médico si no siempre puede sanar. Son obstáculos que la Naturaleza opone á la Medicina; existen límites, los cuales nosotros no podemos traspasar. Impotente está, naturalmente, hasta el más eminente médico contra la vejez y el envejecido organismo, contra un envenenamiento importante ó una mortal infección, contra una herida demasiado extensa ó contra un neoplasma maligno, etcétera.

Difícil es no reprochar al médico que poseyendo ciencia teórica y remedios prácticos de racional tratamiento de tal modo poco inteligente los aplica ó usándolos no considera completamente las cualidades espirituales individuales del paciente y de su familia, y en lugar de ayudar al enfermo y aquietar la familia, más precisamente los perjudica á todos. Yo opino que tal médico ciertamente de un modo involuntario é inconsciente con frecuencia causa á sus

Inapetencia, Anemia, Debilidad. VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

pacientes, ante todo, la evolución de un estado nervioso crónico, comenzando en una simple neurastenia y neurosis, y, por fin, en una grave psicastenia ó hipocondría. Es digno de citarse aquí el indudable hecho de que en el último tiempo aparece un nuevo tipo de hipocondría no congénita ni hereditaria, aunque posiblemente sobre la base de

una inclinación neuropática ó psicopática, pero provocada por el médico mismo. El médico hace aquí el papel de agente provocador. Yo la llamaría «hipocondría iatrogenética».

Explorando los hipocondríacos específicos, uno fácilmente observa varias categorías de ellos. He aquí ejemplos que enseñarán bien el asunto:

Un enfermo una vez sufre una ulcerita sobre el glande, la que, según informe, no es igual á la sífilis. Durante algunos años recibe, sin embargo, tratamiento antisifilítico y se considera al cabo de ese tiempo totalmente curado.

Este mismo hombre, ya casado y con hijos, viene sufriendo desde sus más jóvenes años astralgias reumáticas, de las cuales también sufren sus padres y tres hermanas, obesas y enfermas de diabetes. El paciente rara vez se dirige al médico, hasta que finalmente un buen amigo de él, concienzudo médico, encontró en la sangre un espirilo y atormentó al infeliz durante muchos años, haciendo semanalmente análisis de sangre y líquido cefalorraquídeo. Desde aquel tiempo nuestro paciente, ya hipocondríaco, visita todos los médicos



en busca de la ya de tiempo desaparecida sífilis, y aunque no exista ni un síntoma de tal enfermedad, aparte del aislado filamento, de esta manera apareció la formal «consutis chronica» en artrítico hipocondríaco productor de constantes consultas médicas.

Peor está la reunión de enfermos de sífilis y parasifilis en los cuales el virus específico no provoca ningún síntoma clínico. Estos hombres se debilitan conscientemente por medio de constantes inyecciones específicas, subcutáneas, intramusculares, endovenosas, para que según la problemática teoría «terapia sterilisans magna» desaparecan hasta los vestigios de espirilos en la sangre y el líquido cefalorraquídeo.

Sin embargo, el médico práctico observa con suficiente frecuencia nuevos y graves síntomas en enfermos sin datos de reacción en sangre ni líquido, y al revés, hombres teniendo estos datos muestran ausencia de todo otro síntoma. De esta manera el médico fanático, purificador de sangre y líquido, causa la formación de multitud de hipocondríacos, tabetofobos, etc., que viven en constante pánico.

El tercer grupo presenta «hipocondría hipertónica».

Un médico experto, antes y también ahora observa el aumento de la presión sanguínea. Existen, además, médicos los cuales comienzan y terminan la exploración por la medida de la presión sanguínea. Pero el médico crítico ya sabe bien que la hipertensión es cosa frecuente, que ella pueda ser muy corta y rápidamente desaparecer; ejemplo: después de algún día de reposo ó con una dieta especial. Por lo demás, la hipertensión no es un diagnóstico, sino un síntoma. Muy frecuentemente ello no acompaña las enfermedades del corazón,

TREPONEMOL SIFILIS

pero el hipertónico vascular, aunque sea inteligente, no comprende esto, y se mide frecuentemente su presión sanguínea. Existen muchos hipertónicos é hipocondríacos, los cuales creen que el día de su muerte está próximo, ya que pronto se romperán sus vasos sanguíneos. El médico debe explicar al enfermo bien que sólo una constante hipertensión, acompañada de síntomas clínicos, tiene esa significación, no otras formas.

Un tipo igual de hipocondríaco presenta un hombre que sufre de esclerosis. «Hypochondria sclerotica.» Frecuentemente encontramos hombres de cuarenta á cincuenta años, los cuales, después de sugestionarse, piensan que todos los dolores son consecuencia de esclerosis. En un neurasténico hasta algunas palabras insignificantes pueden tener malísima influencia. Tragicomedia fué para mí un hipocondríaco que discurría no sobre una conocida esclerosis simple, sino sobre la sutil «presclerosis de Huchard» é «hipotonía de Bauer». Estos eran restos de la lección que le dió su médico de cabecera. Este hipocondríaco no conoce diferencia en-

Son verdaderamente sorprendentes los resultados del alimento con

Eunutrina.

Harina de plátanos pura.

tre esclerosis cardíaca y esclerosis cerebral, etc., y teme tener él sólo todas las formas juntas pensando sobre esto en qué periodo de esclerosis está ahora.

¿Por qué, pues, nosotros damos estos antecedentes pseudocientíficos que no nos piden ni el enfermo ni la familia?

Ahora seguiremos el asunto, llamado por los fisiólogos metabolismo, conoci-

do en la semeiología como grupo de diátesis ó desórdenes de intercambio de los tejidos. Ejemplo: Rica mujer en menopausia, á la cual un médico, después de explorarle el hígado, le dijo que tenía síntomas ciertos de enfermedad diatésica. En verdad, ella tenía sólo exceso de grasa, pero por el temor, ella comenzó á visitar á su gusto muchos médicos en busca de la inexistente enfermedad. Este es un ejemplo de hipocondría sobre diátesis «Hypochondria diathetica». Excesiva

Galletas Hematosine del Dr. Guibert.

Regenerador de la sangre,
tónico de los nervios:

Eficacia comprobada. Sabor exquisito.

va y no razonada creencia de unos médicos en los precipitados urinarios é insignificantes sedimentos de análisis empujan á estos futuros hipocondríacos á los laboratorios químicos para convencerse de tiempo al tiempo, si ellos tienen indoxilo, ácidos ó sales urinarios y fosfatos, si hay todavía moco ó espermatozoides, si hay piedras, arena ó cálculos. Estos hipocondríacos han aprendido también ahora á buscar semanalmente urea en la sangre y cálculos renales en el laboratorio radiológico. Interesante es intencionadamente poner en los análisis de un simple práctico químico, no fisiólogo químico insignificante, centésima parte por mil, es decir, apenas visible rastro de albúmina que atormenta al no razonable paciente y que introduce en su cabeza un caos. Y este hipo-

Poderoso reconstituyente:

DIOPLASTINA SERONO

condríaco cree firmemente, que toda sensación en la parte inferior del raquis, todo dolor lumbar ó sacro es una enfermedad del riñón con litiasis, la cual el análisis y la radiografía inmediatamente deben descubrir y determinar.

Sin embargo, la más difundida es la «Hipocondría dietética» y aquí, en primer plano está la creencia exagerada de la gran diferencia entre la carne blanca y roja. Esta diferencia, ya casi desconocida fuera del país y tratada como bagatela, según la opinión de muchos eminentes clínicos europeos, resta entre nosotros en toda su majestad principalmente en el Sanatorio, donde cada uno pide su dieta individual. Nos otros prohibimos al pobre comer dos veces al día carne y pescado.

Quién no conoce el tipo de hipocon-

HIPOFOSFITOS SALUD GRAN RECONSTITUYENTE

dríaco, no infrecuente entre las hebreas, en quien la historia de su enfermedad comienza en un juramento y que después de veinte años no han tenido en su boca ni un pedazo de carne de vaca, ni pan, aunque suspiren por tales alimentos. Estos son frecuentemente los diarios artríticos «minorum gentium» á los cuales inconscientemente prohibimos comer estos diarios alimentos, mientras un inglés que no lucha menos con su

gota que nosotros, come impunemente (sin considerar abuso la cantidad) su bistek, el alemán termina frecuentemente su comida diaria con beber dorida cerveza, el francés termina su «dinner» con una botella de rojo vino. Y he aquí formal la batalla, parecida á una broma, entre un enfermo y el médico fanático, durante varias semanas y meses sobre cucharada de espinaca ó pedazo de coliflor, sobre una patata ó un huevo, sobre pizca de sal ó de azúcar, sobre una pequeña taza de caldo ó de café puro, manzana cocida en vez de compota, y sobre un vasito de vino durante una solemne fiesta familiar, en un enfermo con uraturia y oxaluria con vestigios de albúmina y substancias reductoras, con neurastenia y con histerismo. En verdad, el empirismo y la experimentación del médico práctico (siempre superior á la obscura teoría) no siempre sigue á esta última, no siempre van de acuerdo con la curva, diagramas y gráficos obtenidos sobre los animales en el laboratorio.

Hablando sobre hipocondría dietética

Lactofitina: reconstituyente Infantil.

es digna de mención también la «hipocondría balneoclimática» principalmente encontrada en enfermedades del pulmón y corazón. En algún tiempo nosotros alabamos á Nauheim y Kissingen y ahora frecuentemente recomendamos á los fisiólogos, á los cuales satisface cualquier pequeño trozo de arboleda alejado de polvo urbano, irremisiblemente Meran y Davos, posiblemente sólo para hacer de un pobre tísico también un hipocondríaco, suspirando entre la fiebre y el sudor en estas estaciones, en las cuales parece no existió ni existe tuberculosis, soñando con el aire de la montaña, y en donde al parecer él terminaría su vida en país extraño algunos años ó meses más tarde que en su pueblo, en los bosques de Ottock (sa-

ION-CALCINA PALLARÉS

HEMOSTÁTICO-RECONSTITUYENTE

á base de

CLORURO DE CALCIO

natorio próximo á Varsovia) ó en la sierra de Zakopane (estación climatológica de Polonia).

Nosotros conocemos ya todos este tipo de paciente y creyente hipocondríaco de pobre esfera, el cual con una pequeña esperanza de curación viaja á lejanos países extranjeros para hartarse de aire de bosque en un ambiente totalmente extranjero, sobre una azotea ó como realquilador de una habitación sólo para beber «Mühlbrunnen» sin almuerzo ni comida, para bañarse según las reglas extranjeras en agua salada natural, en lodo originario de Pistyan, empujando gradualmente con el desembolso del capital, la ración de pan, manteca y entretenimiento.

Todas las veces nosotros debemos dar nuestro seco diagnóstico anatómico y funcional (si ello no es una vana frase) completo por la adaptación á la indivi-

dualidad del paciente (diagnóstico individual) y su posición social (diagnóstico social).

Que este personal diagnóstico decide frecuentemente más en la terapéutica aplicada, que el fenómeno de Wintrich ó la reacción á la tuberculina de Pirquet, es cierto.

Aquí yo quisiera decir también algunas palabras sobre hipocondría sexual. Honroso es aquí el papel del médico. En todo momento no sólo puede, sino que debe influir, aquietando, nunca excitando

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

ELIXIR CALLOL

do. Viene á nosotros un onanista que lucha sin éxito contra la mala costumbre. Aparece también un antiguo masturbador, el cual teme pensando en el pecado pasado y por el que espera castigo. Viene también un joven totalmente sano quejándose de fosfaturia, prostatitis ó manchas nocturnas. Viene finalmente un joven candidato al matrimonio con desagradables sensaciones en la esfera sexual con ocasión de una pasada y de tiempo sufrida gonorrea. He aquí tipos de esa galería no interesante que visita á diario el consultorio del médico práctico. Estoy convencido que el médico aumenta frecuentemente el embrión de la hipocondría sexual. Yo conozco pacientes, fosfatúricos, prostáticos, con pasadas gonorreas, en los cua-

ACEITE RICINO
MASANA
SIN OLOR NI SABOR

les un médico hasta muy concienzudo desenvuelve por su descuidada dirección apenas una chispa de tristeza en una importante explosión de hipocondría que frecuentemente conduce al enfermo á atentar contra su vida. Yo no sé si más estorbaría á la mente de un medio hipocondríaco, el escepticismo y el intuismo de la pasada escuela vienesa de Oppolser, Skoda y Nothnagel, ó la actual politerapéutica no barata, dando al enfermo al menos cuatro tratamientos por todos los poros de su cuerpo y piel, no hablando sobre los más nuevos específicos extranjeros y los baños de rayos penetrantes, etc.; frecuentemente olvida el joven médico que la mayoría de las enfermedades infecciosas ocultas desaparecen gracias á la «fuerza medicatriz natural». Independientemente de la aplicación de inyecciones con líquidos específicos ó no, un médico consciente ve con frecuencia el desagrado de este hipocondríaco artificial si le ordena sólo una simple mixtura ó tal cual remedio incondicionalmente activo, como un sencillo baño de río ó de mar, fría envoltura ó baño de asiento ó ducha, algunos paseos ó unos días de reposo en cama.

Yoduros Bern de (K y Na), químicamente puros. No provocan Iodismo. Fabricación nacional.

En la aplicación de inyecciones con líquidos específicos ó no, un médico consciente ve con frecuencia el desagrado de este hipocondríaco artificial si le ordena sólo una simple mixtura ó tal cual remedio incondicionalmente activo, como un sencillo baño de río ó de mar, fría envoltura ó baño de asiento ó ducha, algunos paseos ó unos días de reposo en cama.

SIGUE A LA PAGINA XXII



**CEREBRINO
MANDRI**

**CURA EL DOLOR
DE CABEZA,
NEURALGIAS, DOLORES
NERVIOSOS O REUMATICOS
Y LAS MOLESTIAS PERIODICAS DE LA MUJER
NUNCA PERJUDICA**

MARCA REGISTRADA

FÓRMULA POR DOSIS Ó CUCHARADITA BIEN COLMADA:

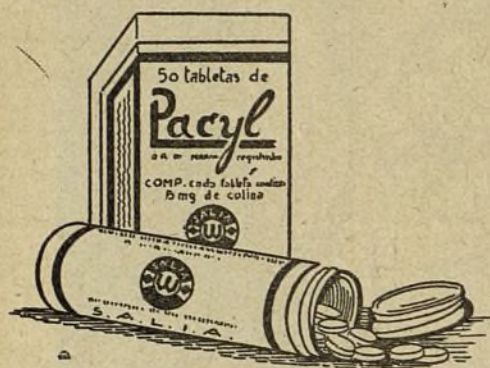
Ácido-ester-orto-etanoil benceno metilóico, 20 centigramos. Para-acetfenetidina, 15 centigramos. Bromhidrato potásico, 5 centigramos. Cafeína, 5 centigramos. Extracto flúido gelsemium sempervidens, 5 miligramos.

Manera de tomarlo.

En los casos agudos puede repetirse con intervalo de media hora una ó dos veces.

En los enfermos crónicos se puede tomar una, dos ó tres veces al día, media hora antes del alimento ó dos horas después.
Se disuelve en medio vaso de agua.

**Preparado por D. FRANCISCO MANDRI, médico y químico-farmacéutico
en su Laboratorio, Escudillers, 6. — BARCELONA**



Pacyl

Tubo de 50 tabletas de 5 miligramos
a base de un derivado de
**Colina: el hormón hipotensor
del organismo**

Indicaciones: Hipertensión arterial y
espasmos vasculares y sus conse-
cuencias: cefalalgias, palpitaciones,
vértigos, dolores precordiales, apo-
plejía y claudicación intermitente.

Dosis: 1 a 2 tabletas dos o tres veces al día



De gran eficacia en el tra-
tamiento de todas las
manifestaciones de la

MENOPAUSIA

Pida muestras y literatura

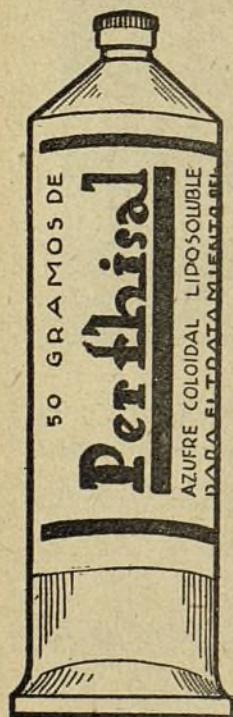
S. A. L. I. A.

S. A. La Industria Hispano-Alemana de
Productos Químicos

APARTADO 7060.

MADRID.

EL AZUFRE ES A LAS ARTICULACIONES LO QUE EL HIERRO A LA SANGRE.



Perthisal

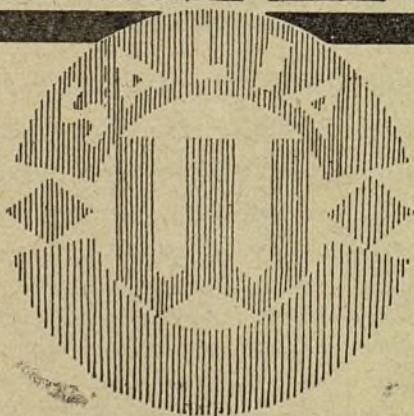
Pomada de
**azufre coloidal
liposoluble**

Rápida absorción

Efectos constantes

Acción duradera

PIDA MUESTRAS Y LITERATURA



Indicaciones:

Reumatismo crónico
de articulaciones,
músculos y nervios.
Ciática y neuralgias
de todas clases.

S. A. La Industria Hispano-
Alemana de Productos Químicos.

APARTADO 7060.

MADRID.

KELATOX

(gotas é inyectable.)

Fórmula de elección para administrar el Benzoato de Benzilo.

DISMENORREA.—TOS FERINA.—COLICOS HEPATICOS Y NEFRÍTICOS. — ANGINA DE PECHO. — HIPERTENSION ARTERIAL. — MAL DE MAR O MAREO.—ESTERILIDAD POR ESPASMO TUBARICO.—ESTREÑIMIENTO DE ORIGEN ESPASMÓDICO, ETC., ETC.

Solicítense muestras y literatura al

LABORATORIO IBERO
Tolosa (Guipúzcoa).

3

productos cuya eficacia ha sido reiteradamente comprobada por los más eminentes clínicos:

UROSOLVINA

antiúrico y antiséptico vésico renal;

LACTOFITINA

tónico reconstituyente infantil;

TABLETAS AMIKATZ

Hiperclorhidria, gastralgias.

Preparados por el

LABORATORIO IBERO
Tolosa (Guipúzcoa).

NOVEDAD TERAPÉUTICA

REGENERACIÓN DEL EPITELIO POR

DERMIBERO

Pomada en la que las eficientes propiedades cicatrizantes del cloruro de calcio cristalizado (acción iónica) y del aceite de hígado de bacalao (acción vitamínica) están combinadas y exaltadas al máximo

Heridas traumáticas. Quemaduras. Desgarramientos. Ulceras simples y varicosas. Grietas de los pechos. Eritemas solares, actínicos. Radio y radiumdermitis. Sabañones ulcerados, etc., etc.

MUESTRAS Y LITERATURA:

Laboratorio IBERO-TOLOSA (Guipúzcoa)

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 y Bergenita.

129, Boulevard Raspail - París.

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



CODORNÍU

GARANTIZAMOS PUREZA ABSOLUTA

El proceso de elaboración
es el clásico método cham-
pañés de fermentación natu-
ral del azúcar que contiene
el vino.

Ahora
como co
cargado
que evita
les. Es s
mación d
trimonia
tencia, de
vocar ne

Gadol
Tubercu
ganglios,
linfati

opino qu
los factor
dria eug
chondria
Mucha
menos fr
embargo,
ha hecho
ma. Me re
nográfica
rayos X c
enfermed
causa no
exacta, p
una posi
nervioso
Por eso
dada por
becera se
cialmente

El médico
agricultor
Nitra

resultado
profano.
A caus
contram
diólogo tr
grafías d
anormalic
Aún alg
mente fre
muy cono
del psicó
«Zauberb
incitó al b
pocondria
krankheit
tamente d
endémica
nosocomia

ANT
es una ay
miento de
de lo

mente, en
privados y
de curació
tores de s
pulmón ó
dientemen
tantes exá
tos, orina,
deo, diar
sanguinea
ótera, cau
condria de
teniendo l
ducen un

Ahora acerca del papel del médico como consejero del padre de familia cargado de numerosa descendencia y que evita las relaciones sexuales normales. Es suficiente aquí la torpe confirmación de que amenaza a la pareja matrimonial, debilidad de memoria, impotencia, dolores y palpitaciones para provocar neurosis artificial conyugal. Yo

Gadol Castel Una inyección hipodérmica diaria. Tuberculosis pulmonar y quirúrgicas, ganglios, fistulas, decimas rebeldes, linfatismo, escrofulismo infantil.

opino que el médico no debe ser uno de los factores productores de la hipocondría eugénica del matrimonio (*hipochondría matrimonialis*).

Muchas otras formas de hipocondría menos frecuentes no cito, y sólo, sin embargo, citaré una reciente porque se ha hecho en estos tiempos frequentísima. Me refiero a la hipocondría roentgenográfica. Nosotros aprovechamos los rayos X cuando el aspecto clínico de la enfermedad no está claro, y por esa causa no siempre puede dar respuesta exacta, principalmente si se refiere a una posible operación en el sistema nervioso central ó en la medula, etc.

Por eso es de desear que la respuesta dada por el radiólogo al médico de cabecera sea muy cuidadosa y seria, especialmente debe reservarse al explicar el

El médico aconseja a los propietarios y agricultores, el abono de las tierras con **Nitrato de Chile.**

resultado de la exploración al paciente profano.

A causa de esto frecuentemente encontramos enfermos que visitan un radiólogo tras de otro, haciéndose radiografías diariamente, buscando nuevas anomalías en cada radiografía.

Aún algunas palabras sobre la actualmente frecuente forma de hipocondría, muy conocida gracias a la famosa obra del psicólogo Thomas Mann. Su novela «Zauberberg», conocida en toda Europa, incitó al bautismo de esta forma de hipocondría con el nombre «Zauberbergkrankheit», «Mal Zauberberg», más justamente debe ser llamada «Hipocondría endémica» ó Hipocondría sanatorial ó nosocomial. Ella se extiende endémica-

ANTIPHLOGISTINE

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

mente, en su mayor parte, en sanatorios privados y en institutos ó institutos de curación caros. Unos médicos, directores de sanatorios para enfermos del pulmón ó del corazón, etc., independientemente de rigurosas dietas, constantes exámenes de esputos, excrementos, orina, sangre, líquido cefalorraquídeo, diaria comprobación de presión sanguínea y radiografías de corazón, etcétera, causan constante estado de hipocondría de nuestros pensionistas, y manteniendo la idea de enfermedad, introducen un depresivo ambiente enfermizo

en la enfermería. Cuando hasta la enfermedad principal mejora ó desaparece del todo, la hipocondría quedará quizá muchos años atormentando al paciente.

He descrito estos factores, no citando intencionadamente el asunto del industrialismo en Medicina y Farmacia. Yo he querido solamente decir que es ya tiempo de exterminar la hipocondría «iatrogénica», que el médico en vez de provocar hipocondría debe hacerse su sanador y proclamar pensamientos sanos de la antigua medicina: «Mientras hay vida, tengamos esperanza». «Lo primero, no perjudicar».

(Traducido de I. M. R. Revista Espectantista, por C. de San Antonio.)

Vacuna antitífica M. S.

Trate con ella a Tuberculosos y Escrofulosos.

MECÁNICA PURA

Arquímides el sabio, el hombre fuer te, veneración rendía al instrumento que era en el tiempo antiguo el elemento que más poder sacaba de lo inerte.

Y aquella maquinaria tan sencilla, por ciencia y arte muy modificada, no es más que la palanca transformada y es siempre la palanca, maravilla.

Por algo el sabio mártir muy ufano «Dadme palanca y fulcro—así decía—de poder adecuado y movería yo solo el mundo inmenso con mi ma

no». ¿Qué mayor fulcro, apoyo y más palanca

para mover y levantar al mundo que aquellos que el gran Físico fecundo a Eva dió y a Adán con magia blanca?

¿Y cuanto Cleopatra y Marco Antonio con su fulcro y palanca no movieron al mundo antiguo, cuán no conmovieron con esa maquinaria del demonio?

¡Dirás, lector, mi musa es hoy ligera! ¿A qué temer si el vate salmantino también alude a un fulcro peregrino y a una palanca fuerte de primera?

«Folgaba Don Rodrigo con Florin [da...]

quiere decir no más, y no es patraña: «con tal palanca y fulcro a toda España movieron bien». Y tú lector deslinda.

DR. F. CABO PASTOR.

(De mi florilegio «Tertulia de rebótica».)

**

Quizás algún lector asustadizo ó as-paventadizo habrá hecho un mohín ante esta composición, pero hoy que estarán recordadas las poesías del excelso lírico salmantino con motivo de su reciente centenario le citaría a tal lector la composición «Profecía del Tajo» que comienza de esta guisa:

«Folgaba el rey Rodrigo Con la hermosa Caba en la ribera Del tajo, sin testigo; El río sacó fuera El pecho y le habló de esta manera «En mal punto te goces, Injusto forzador que ya el sonido Oyó ya, y las voces

Las armas y el bramido De Marte, de furor y ardor ceñido. «¡Ay! esa tu alegría ¡Qué llantos acarrea! y esa hermosa Que vió el sol en mal día A España ¡Ay! ¡Cuán llorosa, Y al cetro de los godos cuán costosa!

Y tú lector deslinda. Y á ti lector puritano te preguntaría yo: ¿qué más dará considerar el amor desde el punto de vista de la mecánica, que mirarlo poéticamente cual lo hace el eximio traductor de «El cantar de los Cantares»? ya que el amor no es cosa mecánica ni poética, sino simplemente biológica.—Nota del autor.

“MALTOPOL”

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

PROVERBIO CHINO

Cuando se desboque un caballo ó sue-ne un tiro, estate quieto. Es casi seguro que se produzca confusión, y sea tropel- llen quienes corren, y pierdan algo. Los que se están quietos son los que encuen- tran lo que pierden quienes corren y se empujan.

Urosolvina: eficaz antiúrico.

Servet y la circulación de la sangre.

VI

El pasaje que primero llamó la aten- ción de los sabios, ya habla de la circula- ción general tratando de la pequeña, y dice así textualmente en latín: «A DEXTRO VENTRÍCULO, LONGO PER PUL- MONES DACTU AGITATUR SANGUIS A POLACODIBUS PREPARATUR, FRAVUS EFICITUR ET A VENA ARTERIOSA IN ARTERIAM VENOSAM TRANSFUNDITUR. ILLI ITAQUE SPIRITUS VITALIS A SINIS TRO CORDIS VENTRÍCULO IN ARTERIAS TOTIAS CORPORIS DEINDE TRANSFUNDITUR.»

No queda, pues, duda alguna, de que había descubierto, no sólo la pequeña circulación, sino el secreto de la grande, el cómo de la vida!

El doctor Charles Richet, de París,

CARABAÑA: el mejor purgante.

en su ya mencionado estudio sobre *El descubrimiento de la circulación de la san- gre*, dice, después de haber citado este párrafo: «¡Qué importancia histórica la suya! ¡Setenta años antes que Harvey, la circulación es formalmente indicada, y, no obstante, aún se niega la gloria de su descubrimiento á Miguel Servet! Es preciso hacer constar hasta qué punto este disfavor es justificado. La cuestión puede resumirse en estos términos: ¿Ha tenido el descubrimiento de Servet in- fluencia sobre la obra de Harvey? La respuesta no ofrece duda alguna. ¡Sí! El libro de Servet fué el que inspiró á Ve-

balio, á Colombo, á Cesalpino y á Harvey?»

En Padua, los anatómicos y los filósofos, durante más de medio siglo hacen una serie de descubrimientos precontenidos é indicados ya en este famoso libro. Y podemos decirlo muy alto:

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas).
Véase anuncio, página XXIII.

Tales descubrimientos, sin los escritos de Servet no se hubieran hecho. Lo que hay es que Servet no insiste en apoyar lo que le inspiró la observación en nuevos experimentos que lo rectifiquen. Esto pasa sólo á partir de Cesalpini, entrando ya á apoyarse plenamente en la experimentación en Harvey, inspira do por el *Novum Organum* de Bacon.

M. Tollin, en su trabajo concienzudo, da aún otras razones al apoyo.

Vesalio, que trabajó con Servet, no habla de la circulación de la sangre sino después de la muerte de éste, en una edición de 1555, como ya hemos indicado.

Realdo Colombo, de Cremona, discípulo de nuestro héroe, describe la pe

Úlcera gástrica, hiperclorhidria, desaparición inmediata de todos los síntomas y tratamiento curativo por el SIL-AL.

queña circulación algunos años después; pero es reproduciendo exactamente lo escrito por su maestro.

Ya hemos dicho que no hay que hablar de Harvey, que tiene un siglo más tarde y que no hace más que confirmar por medio de experimentos las aseveraciones de Servet.

No cabe duda alguna de que Servet, aunque no hable de ello, había abierto cadáveres y había disecado corazones para fijarse en el mecanismo de la circulación; pues él, el primero, da cuenta de que no existe la perforación en el tabique de los ventrículos, como gratuitamente había afirmado Galeno, y sobre su fe, todos los que le sucedieron. El propio Vesalio, como hemos hecho cons-

Calcinhemol Alcuberro.

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

tar. en su libro célebre de *«Humani corporis fabrica»*, nada dice de la no existencia de dicho orificio fantástico, ni explica el mecanismo de la circulación. Sólo habla de ello después de muerto Servet y de conocida su obra *Christianismi Restitutio*.

Mondini, antes que Servet, admite, que la pared interventricular tiene poros. Beranger de Carpi, es el primero que confiesa que los tales poros no son bien visibles en el hombre; pero se limita á esto.

En cambio, desde que aparece el libro de Servet en Padua y otros puntos de Italia, los anatomistas y fisiólogos hacen una serie de descubrimientos y de comentarios relativos á esto, durante medio siglo.

Cesalpino, en Pisa, sin hablar de Ser

vet para nada, afirma después de él, que las venas devuelven la sangre ya gastada al corazón. Y por esto y sus experimentos, es acusado de ateísmo, salvándose sólo por ser médico y protegido del Papa Clemente VIII. Se comprende, pues, que nadie confesara haberse inspirado en Servet, pues se exponían á la persecución del Santo Oficio. El mismo Realdo Colombo, de Cremona, años después, en Padua, habla de la circulación, afirmando que es el primero en hablar de ella para que no se le impute el propagar las ideas de un gran heresiarca.

Y para cerciorarse de que la había estudiado en tal maestro y en tal libro, véase cómo en *De re anatómica* trata del asunto en términos análogos á los de Servet.

Jerónimo Fabricio d'Acquapendente, más tarde, hace un descubrimiento que

PAIDODINAMO
el mejor tónico infantil.

concuera con la teoría de Cesalpino, y es el de que las venas tienen válvulas dirigidas hacia el corazón que facilitan el curso de la sangre en este sentido.

El padre Sarpi habla de un gran secreto relativo á la circulación, que no se debe revelar á nadie, y el motivo parece ser que es un descubrimiento hecho con la ayuda del diablo por un gran heresiarca (Servet).

En cuanto á los médicos de Padua, Mater, Gribaldi, Gorgio Balandrata y Curione, no queda duda alguna que recibieron el libro de Servet, *Restitutio*, que éste les mandó por ser amigo de todos ellos. Véase el curioso estudio de Charles Dardier sobre *Miguel de Villa-*

Antiséptico GLOGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

nueva y la circulación pulmonar, lo mismo que el concienzudo trabajo del doctor Tollin.

La obra de Servet fué escrita en su primera forma en 1545, y es justo hacer observar que en dicha fecha misma, Carlos Etienne, el hermano del librero lionés Roberto Etienne, amigo de Servet, y en 1540, cuando éste estaba en Lyon, describe las válvulas de las venas, aunque sin hablar de la circulación; ni grande ni pequeña.

Y ahora se nos ocurre preguntar: ¿De qué le ocurriría á éste describir las válvulas de las arterias si no se lo hubiese enseñado su amigo, y de seguro maestro, que conociera en Lyon de vuelta de Charliou? Para corroborar nuestro aserto, aquí transcribiremos un pasaje de la

Higiene de la boca y
ANTISEPTICO DENTAL
son inseparables.



obra de Servet en que se describe el papel que las válvulas desempeñan en la circulación de la sangre en el feto humano. Dice así:

Quomodo esse anima in corde, si cor nec diastolem habet nec systolem? Nec cor nec pulmo ibi movetur? (en la matriz), VAL-

VULE CORDIS, seu membrance illæ AD ORIFICIA VASORUM, donec nascitur homo (1). Esto no deja lugar á duda alguna de que Servet conociera la existencia y funcionamiento de las válvulas, sólo que él no le daba importancia en una obra que no era de Fisiología.

Mucho más tarde, el veterinario Car-

Kelatox: Sedante atóxico.

los Ruosisi, de Bolonia (1598), en su *Tra tado de la anatomia del caballo*, habla de la circulación pulmonar, y el profesor de Padua, Eustaquio Rudio, en 1600, da lecciones sobre este tema, apoyándose en lo que dijo Juan Valvedere en su *Anatomia corporis humano*, publicada en 1556, y llena toda ella de pasajes que son, evidentemente, tomados de la obra del doctor español, como indica la relación.

Luego, y ya en el siglo XVII, Harvey fué á estudiar durante seis años á Padua, y allí es donde, inculcado en las ideas tomadas á Servet, se inspiró para perfeccionar, mediante experimentos propios, la teoría de la circulación de la sangre, y pudo escribir su libro *De circulatione sanguinis, et moto cordis* (2).

Tal es la teoría de los intermediarios

HEMORRAGIAS Lo más radical para combatir las:

ZIMEMA

transmisores del descubrimiento de Servet, á Harvey; haciendo constar, como lo hacemos, que algunos han añadido algo de propia experiencia. Pero de todos modos el mérito del descubrimiento de la gran circulación y de la pequeña corresponde á Miguel Servet.

NO SE PUEDE tener el poder del bien, sin poseer á la vez el poder del mal.

BERNARD SHAW.

En Bronquitis, Reuma, Neuralgias, Golpes.

Obtendrá V. éxitos insospechados si prescribe **YODEOSAL**, en fricción suave (5 á 10 c. c.) y como bebida usual, un agua alcalina.

Consultorio Antituberculoso.

«Dr. Elmás Pistonudo
»Cura bronquios y pulmones
»y hace tales curaciones
»en menos de un estornudo.
»Neumotórax y Rosen.
»Múltiple y magna terapia.
»Diatermia, electroterapia...
(y electrocución también).
»Afecciones dolorosas
»del estómago, colitis,
»cólicos, hepatitis,
»ciáticas...» (¡La mar de cosas que, á mi manera de ver, pueden ser tuberculosas... ó pueden también no ser!)

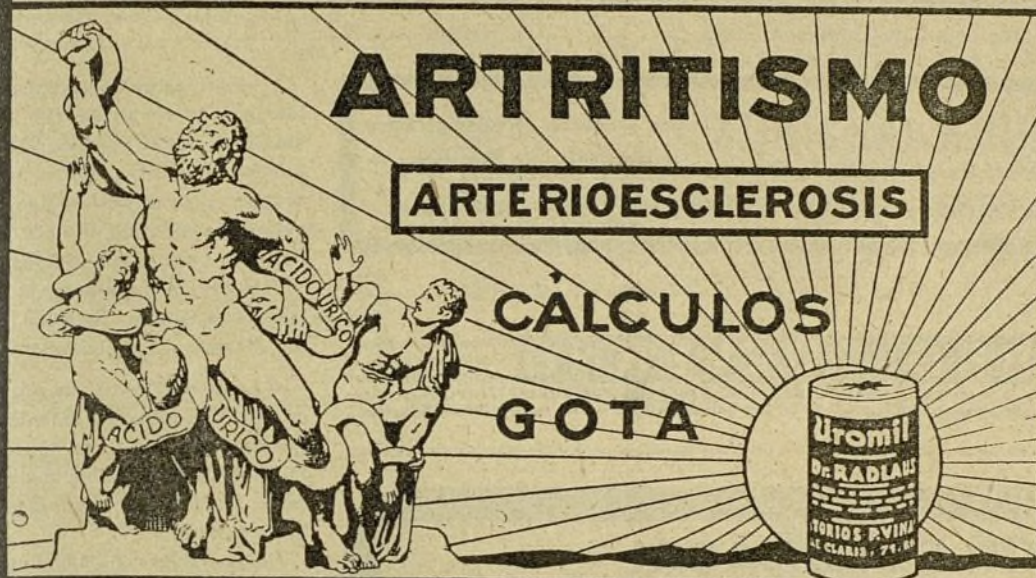
UN GALENO.

(1) *Christianismi restitutio*. Lib. V, página 259.

(2) El libro de Harvey publicóse en 1628.

Uromil

RECONOCIDO COMO EL MAYOR DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



REUMA

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR É INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas á base de coles-terina, gomenol, alcanfor y esticnina.

Eusistolina

(SOLUCIÓN E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril,

BALNEARIO DE ALANGE (BADAJOZ)

Aguas bicarbonatadas cálcicas; muy polimetálicas, eminentemente radioactivas.
Eficacísimas en las enfermedades del sistema nervioso y de acción electiva en las que son propias de la mujer.

TINTURA COCHEUX cura la Geta, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848.
En todas las farmacias. — Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT. — LYON (Francia).

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS

Á causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemia. Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS (Stomalix)

Medicamento agradable, inofensivo siempre en todas las edades y de resultados positivos para curar las enfermedades del
ESTÓMAGO e INTESTINOS
35 años de éxito Venta: Principales farmacias del mundo

AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas. Arterioesclerosis.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia, etc.

2.^a temporada de 1.^o de Septiembre á 15 de Noviembre.

Estación de ferrocarril á 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquitránada la carretera que conduce á los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en
MARMOLEJO (Jaén).

— Pedraza de Campos, partido de Palencia, por renuncia, con la dotación anual de 1.650 pesetas. Este Ayuntamiento constituye, por sí solo, partido médico y producen las igualas de los vecinos la cantidad de 3.350 pesetas. Solicitudes hasta el 23 de Agosto.

Datos.— 550 habitantes, á 18 kilómetros de la capital. Estación más próxima, Mazariegos, á 5 kilómetros.

— La de médico titular, por defunción, de La Rúa (Orense), dotada con 1.250 pesetas mas 125. Las solicitudes, con relación de méritos, se remitirán al alcalde, D. Joaquín Domínguez, hasta el 27 de Agosto.

Datos.— Lugar con 3.000 habitantes, á 9 kilómetros de la cabeza de partido (Valdehorras). Ferrocarril. Río.

— La de médico titular, por dimisión, de Almuniente (Huesca), dotada con 1.250 mas 125 pesetas. Solicitudes hasta el 28 de Agosto.

Datos.— Lugar de 700 habitantes, á 22 kilómetros de la cabeza del partido (Sañña) y 24 de la capital. La estación más próxima á 8 kilómetros (Grañén). Carretera. Río.

— La de médico titular de Villaturriel (León), por renuncia, dotada con el haber anual de 2.000 pesetas, y 200 pesetas más á que asciende el 10 por 100 sobre el importe de la titular, que corresponde percibir como inspector municipal de Sanidad, que se satisface por año. Los méritos preferentes acordados por el Ayuntamiento para este concurso, son los que disponen los Reglamentos de Sanidad municipal vigente en los apartados c) y b) del apéndice de dicho Reglamento, y como condiciones, la de fijar su residencia habitual en la capitalidad del Municipio, la asistencia médico benéfica á 35 familias pobres y practicar el reconocimiento de quintos gratuitamente, además de las que les imponen las leyes y Reglamentos. Solicitudes hasta el 26 de Agosto.

Datos.— Lugar con 2.500 habitantes, á 12 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Ríos Esla, Porma y Bernesga.

(Continúa en la pág. XXVI.)

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primera categoría. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque propio para curación. Bosque propio. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento médico, etc., desde 20 francos. Prospecto.

==== Médico Director: Dr. F. BAUER =====

ANALISIS

de orinas, esputos, leches,
minerales, aguas, etc.
Laboratorio del Dr. E. Ortega,
sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

Correspondencia administrativa . .

(La correspondencia que venga acompañada con un sello de 0,25 pesetas será contestada directamente.)

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

D. Jesús Viejo.—Pagado fin Diciembre 1928.

D. Luis Gómez.—Id.

D. José María Casas.—Id.

D. Marcelino Díaz.—Id.

D. Gumersindo Ares.—Id.

D. Eduardo M. Careaga.—Id. fin Mayo 1929.

D. Joaquín Matilla.—Id. fin Junio 1928.

D. Santiago Hernández.—Id.

D. Francisco Espallargas.—Id. fin Agosto 1928.

D. M. Rodríguez Portillo.—Id. fin Abril 1929.

D. Melchor Sanz.—Id. fin Septiembre 1928.

D. Argimiro Garrido.—Id. fin Octubre 1928.

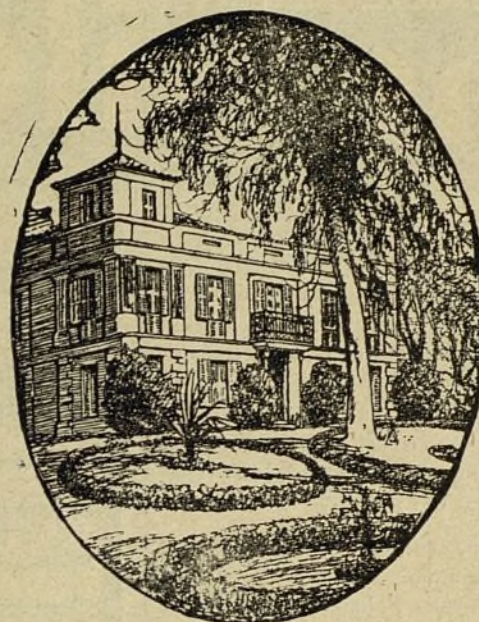
D. Tomás Rey.—Id. fin Junio 1929.

D. Serafín Barros.—Id. fin Mayo 1929.

D. Florentino Rodríguez.—Id. fin Diciembre 1928.

D. Santiago Fernández.—Id.

(Continúa en la pág. XXVII.)



Sanatorio Neuropático

CARABANCHEL BAJO
(MADRID)

Calle de Manuel Cano, 52.

Enfermos nerviosos
(neurosis, neuropatías orgánicas y psicosis moderadas).
Toxicómanos. Excluidos los agitados y dementes.

Parque, tennis, helioterapia, electroterapia, instalación moderna.

Tranvía de la Plaza Mayor a Carabanchel Bajo.

Médico Interno:
Dr. Germain.

Director:
DR. G. R. LAFORA
Lope de Vega, 55 61, Madrid.

CARIE
ÓSEA
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA

CALCIL
LEFEL

NERGO
LEFEL
PULVERES
RECON
TUYEN
EFICAZ
ANTI
TUBERCU
LOSO

ASPASMOL WASSERMANN

(Analgésico antiespasmódico.)

A base de ETER BENZILBENZOICO 25 % - Tint. grindelia robusta. - Tint. belladona.
Tint. beleño, en solución alcohólica aromatizada.

DOSIS: de 20 á 60 gotas al día en tres ó cuatro tomas; en agua azucarada, vino, leche, etc.

USO: En los dolores espasmódicos de todas clases, cólicos hepáticos, nefríticos, vejiga, matriz, intestino, cardiospalmo, asma bronquial, coqueluche, etc.

No tiene contraindicaciones ni aun en los casos en que haya nefritis.

A. WASSERMANN S. A.

BARCELONA - FOMENTO, 63 (S. M.)

EL MEJOR RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Opocalcium

del dr. guersant

Muestras, Literaturas: Miguel SOLER
Riera San Miguel, 25, BARCELONA

—Tardaguila, partido de Salamanca, con la dotación de 1.375 pesetas. Solicitudes, bien documentadas, hasta el 18 de Agosto.

Datos.—444 habitantes, á 19 kilómetros de la capital y á 9 de la estación de Gomecello.

Practicantes.

—Tortueso (Guadalajara), con 64,86 pesetas. Instancias hasta el 10 de Agosto. *Boletín* del 27 de Julio.

—Moriles (Córdoba), con 500 pesetas. Instancias hasta el 24 de Agosto. *Boletín* del 24 de Julio.

La de Jaén, con 1.277,50 pesetas. Solicitudes hasta el 28 de Agosto. *Boletín* del 28 de Julio.

—La de Navas del Madroño (Cáceres), con 200 pesetas. Solicitudes hasta el 27 de Agosto. *Boletín* del 27 de Julio.

—La plaza de Ceinos de Campos (Valladolid), con 275 pesetas. Instancias hasta el 28 de Agosto. *Boletín* del 28 de Julio.

—Morillejo (Guadalajara), con 2.000 pesetas. Instancias hasta el 29 de Septiembre. *Boletín* del 27 de Julio.

ALMORRANAS



Producto español á base de Hamam-virg.^a. *Æsculus hippocast*; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y padecimientos del recto. Tubo con cánula. 3 pesetas; correo, 3,50. De venta en farmacias.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

[Composición nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tirodina.
Muestras y folletos á los Sres. Médicos.

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



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con coraína.)

De seguros resultados en quemaduras, heridas, grietas de los pechos, sabañones ulcerados, úlceras atónicas y fúnculos abiertos. Su cómoda y sencilla aplicación (no se pega e apósito á la superficie cruenta y calma rápidamente los dolores), á la par que su rapidez en el curar, constituye agradable sorpresa á los pacientes.

Venta: Madrid, E. Durán, Mariana Pineda, 10; P. Martín, Alcalá, 9; García Alfaro, farmacia en Vicálvaro; principales farmacias de Burgos y provincias y la de L. Liras, Valladolid.

SCHATZALP

Sanatorio de primera clase, para enfermos de pulmones.

1.865 metros sobre el nivel del mar. — 300 metros más alto que Davos. — Correo y telégrafo en la Casa. — Gran confort. — Numerosas habitaciones con baño. — Cuartos con W. C.

—: Médico jefe: Dr. Ed. Neumann. —: Médico de la Casa: Dr. Joos Wolf. —:

Prospectos é informaciones por mediación de la Gerencia.

FOSFOTIOLCOL

TOSES Y CATARROS

mente gruesa. El proceso inflamatorio del ovario no resulta muy intenso cuando la inflamación le afecta por la superficie; es muy raro que en el interior del órgano se llegué á producir acumulo alguno de pus y la evolución corriente es que poco á poco, como proceso de reparación de las lesiones superficiales que la supuración determinó, se vaya desarrollando una esclerosis y quede una de las formas que se describirá en seguida. Este proceso es, casi siempre, de naturaleza bienorrágica y se diferencia también por este motivo de la forma en que la supuración se inicia en el interior del ovario por haber tenido lugar la penetración por el hilio del mismo. En este caso los gérmenes que se encuentran en el interior del ovario, en el hilio del mismo y en el ala posterior del ligamento ancho son invariablemente estreptococos. Bajo la influencia de esta infección se congestiona el ovario y por esta congestión suele resultar al principio un aumento de los foliculos; por la congestión misma se dilatan los vasos y aumentan de número, hay una gran infiltración de células embrionarias; los ovisacos hipertrofiados por este mecanismo, se atrofian luego en su mayor parte, pero persisten algunos. En estas cavidades se pueden producir hemorragias, pero lo que se encuentran más á menudo son quistes purulentos semejantes á los que hemos mencionado antes que se encuentran en comunicación con los abscesos del interior de las trompas. El tamaño de estos abscesos suele ser inferior al de una nuez, pero este dato no es constante; los hay bastante más grandes, incluso del tamaño del puño y del de una cabeza de feto, y como se comprende, no hay límite para el desarrollo de estos procesos. Si las lesiones inflamatorias se detienen, ó mejor dicho, si desaparece la causa inflamatoria que las originó, el proceso entra en regresión y es seguro que incluso abscesos grandes pueden desaparecer por completo. Pero queda un proceso de esclerosis á consecuencia del cual se reduce el calibre de los vasos, se organiza el tejido conjuntivo llegando á constituir una masa fibrosa espesa y el órgano entero se atrofia porque al retraerse el tejido fibroso aboga todos los elementos que envuelve. La consecuencia del proceso en todos estos casos

contrará tan sólo una parte de la cavidad de Douglas ocupada por la trompa enferma, hallándose el resto libre, ó bien se hallará, no solamente llena toda la cavidad, sino que el quiste sobresaldrá del fondo del útero y se elevará hasta más ó menos altura en el abdomen. No siempre, sin embargo, se encuentra la trompa en esta posición, sino que á veces, el proceso determina adherencias de la misma antes de que se desarrolle el quiste y, por tanto, la condición necesaria para que por el peso se desplace. Tales adherencias son acaso la consecuencia de procesos desarrollados en el ciego, en la S ilíaca, en el apéndice ó en cualquier otro sitio inmediato, y cuando la inflamación afectó á la trompa, encontró á ésta ya fija, y en la imposibilidad de desplazarse. Dada la gran movilidad de las trompas, puede suceder que la adherencia sorprenda á éstas en cualquier posición anómala y las fije en ella, pero estas posiciones son excepcionales. También se han descrito casos en los que el quiste de la salpingitis se desarrolló entre las dos hojas del ligamento ancho, pero este caso no es tan frecuente como se ha supuesto y, sobre todo, es difícil que ocurra cuando el proceso se desarrolla en la parte externa de la trompa, que es el caso más corriente, pues esta parte se halla casi libre en el interior del abdomen y no envuelta por el ligamento ancho. No obstante, este desarrollo puede ocurrir, sobre todo en los casos en que el quiste se desarrolla en el espesor de la pared de la trompa. El espesor de la pared de los quistes salpingíticos es muy variable, según el estado de conservación, de destrucción ó de hiperplasia en que se encuentren los diferentes elementos de la pared de la trompa á consecuencia del proceso que han sufrido. Puede ser dicha pared muy delgada, lo corriente es que sea gruesa, pero que en ella se hallen varios puntos de menor resistencia por los que se romperá con la mayor facilidad en las maniobras de liberación para extirparla. La túnica mucosa engrosada, la muscular puede hipertrofiarse al principio como lo hace en los casos de salpingitis simple sin cierre de la trompa, pero cuando se produce el quiste y va aumentando de volumen, dicha túnica muscular se atrofia y, en cambio, la capa de

tejido conjuntivo se hipertrofia, acabando por ahogar las células musculares. La pared del quiste se encuentra en este caso constituida exclusivamente por tejido conjuntivo.

En cuanto á la túnica serosa, hay casos en que se conserva normal y la superficie del quiste tiene un aspecto reluciente; en la mayoría de los casos, sin embargo, está mate y con adherencias. Puede decirse que no existe verdadera capa de peritoneo. El contenido del quiste es, generalmente, pus de color verdoso y muy espeso. En este caso se dice que existe un pto-salpinx. Pero á la larga el pus se hace estéril, y á partir de entonces va sufriendo transformaciones que hacen que su aspecto vaya siendo diferente. Empieza á hacerse seroso y menos homogéneo; acaba por sedimentar, de modo que los glóbulos y las partículas sólidas se van depositando en la parte más baja de la pared del quiste y queda un líquido que puede llegar á ser completamente transparente. Entonces existe un hidro-salpinx. La bolsa quística de estos casos suele ser poco voluminosa, no tiene adherencias, su superficie exterior es lisa y brillante, la pared delgada y muy frágil. En los casos muy antiguos el interior de la cavidad es también completamente liso, porque las vegetaciones se han destruido y los pliegues desaparecieron, y sobre todo, el pus ó el contenido del quiste es de una esterilidad absoluta. También hay casos en los que el contenido del quiste es exclusivamente sangre, pero esta sangre se encuentra muy alterada; se trata de un líquido parduzco con numerosas materias sólidas en suspensión, y otras veces de un líquido muy fúido y muy poco coloreado. Se ha buscado la causa de este accidente en la retención de parte de la sangre menstrual ó en la rotura de alguno de los vasos de la trompa, con derramamiento de la sangre en el interior de la cavidad; pero el origen más frecuente del accidente es, seguramente, el embarazo extrauterino. El hemato-salpinx es casi siempre estéril, pero si se infecta de una manera secundaría suele dar lugar á accidentes muy graves.

Las lesiones de los ovarios han dado lugar á una serie de clasificaciones con escaso fundamento, puesto que desde el punto de vista clínico no se podrían hacer las diferencias

de diagnóstico de la mayoría de los grupos establecidos y desde el punto de vista anatómico se trataba de diferentes fases de un mismo proceso y por tanto no se podían tampoco aislar. Se ha tratado después de hacer una diferencia entre las ovariis infecciosas y las simples, pero es preferible para éstas emplear el término de esclerosas, porque si bien no se conoce gran cosa acerca de su patogenia, es evidente que este proceso de la esclerosis es el que domina en la historia y en la sintomatología de las mismas. Semejante clasificación tiene además la ventaja de que coincide casi del todo con las diferencias clínicas de los dos tipos del proceso. Las ovariis esclerosas suelen evolucionar con poca sintomatología; en muchas ocasiones pasan por completo inadvertidas; por lo menos, la fiebre falta ó es muy escasa, y lo mismo sucede con el dolor. En cambio, las ovariis infecciosas coinciden con lesiones agudas del ovario y provocan inflamaciones dolorosas y febriles; casi siempre son un apéndice á los fenómenos de inflamación aguda que se presentan en el útero y en las trompas.

A la larga se llegan á enfriar y pasan al estado crónico en el que su sintomatología se parece á la de las de forma esclerosas, pero el comienzo de la enfermedad permitirá el diagnóstico diferencial. Se ha llegado á afirmar que todas las ovariis tenían un comienzo infeccioso y á la larga se desarrollaba en ellas la esclerosis, y que las llamadas esclerosas tendrían un período infeccioso muy breve, pero en realidad parece que éstas dependen casi siempre de trastornos distróficos y no hay por qué sospecharles una inflamación. En el caso de la ovariis infecciosa, los gérmenes que la producen determinan en el ovario las mismas alteraciones que en los demás tejidos, desde la hiperemia hasta la supuración que puede ser circunscrita ó difusa. Además, las lesiones son también diferentes según que la infección afecte al órgano por la periferia ó por el hilio. La primera se debe indudablemente á la llegada de los gérmenes por el pabellón de la trompa. Lo primero que se desarrolla entonces es una peritonitis sumamente localizada con producción de falsas membranas que envuelven al ovario en una túnica sum-

CALDAS DE OVIEDO

Aguas azoadas, hipertermales, de las más radiactivas de España.

Sin rival para el tratamiento del artrismo, reumatismo, afecciones del aparato respiratorio y enfermedades consecutivas á la gripe.

HOTEL DEL BALNEARIO

Servicio esmerado. = Selecta cocina. = Precios económicos. = Pensión completa desde 11 pesetas.
Varias fondas y casas de huéspedes.

15 Junio á 30 Septiembre.

D. José Martínez Ruiz.—Id. fin Marzo 1929.	D. Joaquín Tuñas.—Id. fin Diciembre 1928.	D. Modesto Marín.—Id. fin Diciembre 1928.
D. José Pedraja.—Id. fin Abril 1929.	D. José Gutiérrez.—Id.	D. Manuel Bellido.—Id.
D. Felipe Muñoz.—Id. fin Marzo 1929.	D. Manuel Gómez Valle.—Id.	D. Pascual Sentis.—Id.
D. Pedro Broncano.—Id.	D. A. Roberto Díaz.—Id.	D. Julián Díez.—Id.
D. José de la Peña.—Id. fin Diciembre 1928.	D. Juan Pacheco.—Id.	Bureau Bevoording Kinine-Gebruik.—Idem.
D. Angel Toriello.—Id.	D. Fermín Hervella.—Id.	D. Rafael Suárez.—Id.
D. Valentín Ayza.—Id.	D. Andrés Olmedo.—Id.	D. Abilio Hidalgo.—Id.
D. Quintín Rúa.—Id.	D. Fernando Benedito.—Id.	D. Leandro Eizaguirre.—Id.
D. José Coco.—Id.	D. José Morales.—Id.	D. Baldomero Gómez Casas.—Id.
D. Luis Pérez.—Id.	D. Joaquín Lorenzo.—Id.	D. Angel Moro.—Id.
D. Félix Herrero.—Id.	D. Demetrio Pulido.—Id.	
	D. Manuel Hernández.—Id.	

(Se continuará.)

INSTITUTO FERRAN

APARTADO 250

BARCELONA

Preparación de sueros, vacunas, productos opoterápicos, levaduras, extractos de malta simple y compuestos.

Análisis bacteriológicos y químicos de aguas, sustancias alimenticias, tierras, etc.

Análisis clínicos de sangre, orina, esputos, etc.

Inoculaciones de prueba y preparación de autovacunas.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPÉTICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid



NEURONAL TURÓN

(Nombre registrado).

Elixir de composición la más adecuada para el tratamiento de las **enfermedades nerviosas funcionales** y especialmente de las **psiconeurosis**, contra las cuales posee una acción beneficiosa que puede calificarse de específica.

El **Neuronal-Turón** es de seguros y rápidos efectos calmantes en la **neurastenia**, la **histeria**, las **neurosis de ansiedad y obsesión**, la **fatiga nerviosa**, el **insomnio esencial**, etc., y alivia todos los estados neuropáticos lesionales en los que predomina la **espasmodicidad**.

Es al mismo tiempo sedante y tónico, es decir, que calma y no deprime, pues su composición por cucharada grande es ésta:

Veronal (soluble), 0,15 grs.; Bromuros, 0,75 grs.; Nucleína, 0,10 grs.; Arrhenal, 0,025 grs.

En los últimos años el **Neuronal-Turón** viene siendo prescrito por los más afamados neurólogos españoles, porque á sus excelentes efectos une las ventajas siguientes: Es completamente **inocuo**.—No ejerce acción alguna deprimente sobre el corazón.—No produce efectos secundarios ni se acumula.—No produce ni la fatiga ni el embotamiento físico tan característico de los hipnóticos.

También se emplea con éxito en importantes clínicas psiquiátricas.

DOSIS: De dos á cuatro cucharadas grandes distribuídas en las veinticuatro horas, de preferencia al terminar las comidas. Cuando hay insomnio, la última dosis debe ser tomada en el momento de acostarse.

Nota.—Aconsejamos tomar la cucharada mezclada con un poco de agua, pues así resultan las tomas muy agradables.

El **Neuronal-Turón** se expende en todas las farmacias.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMÓN Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSE FRANCOS RODRIGUEZ

M. BASTOS Médico de la Real Casa. Prof. A. de la F. de M.	A. FERNÁNDEZ Ex-interno de la Etad. y Hospitales.	E. LUENGO ARROYO De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.	J. Y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
J. BLANC Y FORTACÍN Del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico de la Real de Medicina.	G. MARAÑÓN Médico del Hospital General de Madrid Prof. de la F. de M.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático de Cirugía de Madrid. Cirujano del Hospital de la Princesa.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús Académico de la Real de Medicina.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales. Dr. de los San. Antituberculosos.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII.
V. CORTEZO Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.	T. HERNANDO Catedrático de Terapéutica de la F. de M. de Madrid. Académico.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	L. URRUTIA Especialista en enfermedades del aparato digestivo.
L. ELIZAGARAY Del Hospital General de Madrid.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico de la Real de Medicina.	G. PITTALUGA Catedrático de Parasitología de Madrid. Académico.	A. VALLEJO NÁGERA Jefe de Clínica mental militar de Oremposuelos.
A. ESPINA Y CAPO Académico de la Real de Medicina.	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	J. M. DE VILLAVEDE Del Real Hospital del Buen Suceso Del Instituto Cajal.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.	Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES		R. DEL VALLE Y ALDABALDE Académico de la Real de Medicina

Secretario de Redacción, F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Ciencia española.—*Archivo é 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 á los estudios y su ampliación dentro y fuera de España.*

SUMARIO: Sección científica: Clínica quirúrgica, por el Dr. José Blanc Fortacín. Contribución á la patología prelagrimal, por el Dr. Manuel Márquez.—Dermosifilografía, por el Dr. Barrio de Medina.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

CLÍNICA QUIRÚRGICA

POR EL

DR. JOSÉ BLANC FORTACÍN

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Madrid.
Cirujano del Hospital de la Princesa.

Sumario: I Los injertos óseos en campo infectado. — II. Detalles de técnica en cirugía gástrica.

I. Cuando se injerta un segmento óseo en el seno de otro del mismo individuo y ese hueso lleva adherido periostio, el injerto prende siempre y cuando se coloque en condiciones de inmovilidad perfecta y de asepsia absoluta. Cuando estos requisitos no se cumplen por faltas de técnica ó por reavivamiento de infecciones latentes, el injerto se elimina y la intervención resulta inútil. Tal es, en líneas generales, la preceptiva de aplicación de ese fenómeno biológico á la esfera terapéutica.

Pero la clínica, que es el mejor laboratorio de experimentación para el médico, porque es el único donde el hombre puede ser sometido á ella, nos dice lo siguiente: Verdad es que en terreno donde la infección se produce ó se reaviva, el injerto no prende y se elimina; pero si bien en esos casos el organismo nos devuelve el injerto, no por ello resulta inútil su acción. Son varios los casos en que tras su elimina-

ción se han desenvuelto de manera potente funciones osteogénicas que parecían apagadas.

No podríamos comprender bien cómo tal cosa pudiera ocurrir si no precisamos bien qué es lo que se entiende por organización del injerto. Si suponemos que el trozo de hueso injertado conserva su individualidad propia como tal terreno organizado y que cual ocurre en los vegetales aquel tallo ha de fundir sus elementos vitales con los del hueso receptor, estableciendo una continuidad vascular de sus vasos propios con los ambientes, entonces no es comprensible que un injerto eliminado haya de influir ni poco ni mucho sobre el territorio donde se injertó.

Pero la fisiología humana no es comparable, en modo alguno, á la vegetal. Aquí ocurren las cosas de modo aproximado á como vamos á decir, y ello no es sólo aplicable á los injertos óseos, sino á otros injertos que se suponen como hechos de indiscutible incorporación y que probablemente no representan más que mecanismos de reactivación de células situadas en el lecho donde el injerto se implanta.

Cuando un trozo de hueso es injertado en otro, el primer fenómeno que el hueso receptor desenvuelve es el de protesta; contra el hueso *intruso* esgrime el hueso *invadido* todas las artes destructoras de que es capaz. Es un caso de *egoísmo* orgánico, consecuencia del cual es la destrucción del elemento vivo del hueso

injertado, que queda así convertido en esqueleto. Entonces los elementos conjuntivos del lecho donde el injerto se implantó se aproximan á los despojos del hueso *ejecutado*, le penetran, ocupan los conductillos de Havers deshabitados; los osteoblastos se acomodan en las celdillas vacías y el campo orgánico conjuntivo encuentra en la estructura mineral del injerto un abundante depósito calcáreo que es sedimentado y acarreado á territorios del hueso antiguo, donde esa sedimentación no podía producirse por faltar en él condiciones apropiadas del expresado elemento calcáreo.

Tal es el proceso de regeneración ósea determinado por el injerto, en cuyo proceso, si bien éste puede ejercer un papel de tutor, de clavija, de modo de prótesis para sostener fragmentos desviados, ese papel es parcial; quiero decir que además de su acción de soporte, realiza otra mucho más importante cual es la de despertar funciones osteogénicas en territorios vecinos, cuyas células conjuntivas encuentran en el estímulo de una función fagocitaria y lísica la reactivación funcional que les faltaba y que les lleva á cumplir, tras una fase negativa de protesta, una misión constructiva que habían olvidado.

Ahora se comprende por qué un injerto que se elimina puede dejar tras sí una influencia beneficiosa. El tejido conjuntivo del hueso es el mismo que el tejido conjuntivo de cualquier región orgánica. Pero tiene una especialización funcional; la de aprovechar material calcáreo para edificar hueso. Mas no se crea que esa facultad osteogénica es privativa del tejido conjuntivo que entra á formar el hueso. Leriche y Policard (1), al proclamar este principio y admitir aquella noción de metaplasia, tan lógica y tan gratuitamente desechada por los tratadistas modernos, han abierto luz vivísima sobre una porción de fenómenos de osteogénesis, mal comprendidos hasta ahora.

Mas si bien todo tejido conjuntivo puede evolucionar en sentido osteogénico, hay una modalidad del mismo que tiene ya su especialización aprendida: es el tejido conjuntivo del periostio; ese tejido necesita que las causas irritativas que sobre él actúan no le hagan olvidar su papel y además tener á su disposición material calcáreo con que construir.

Si las causas irritativas infecciosas mecánicas ó químicas actúan sobre él de modo intenso, violento y prolongado, ese tejido conjuntivo responderá á las mismas violentamente también, y en biología como en sociología, las violencias ya se sabe adonde conducen: al embrutecimiento del ser, y el embrutecimiento del tejido conjuntivo es la fibrosis que ha e á ese tejido útil solamente para cicatriz, y ya es sabido lo poco que apetece el organismo esas cicatrices duras, fuertes, especies de esparto orgánico que tira ó comprime, estrangula ó estrecha.

Pues bien, ese periostio fibroso duro, sin vascularización ni estructura, no es ni puede ser jamás medio

donde pueda engendrarse el hueso, aunque esté allí el material calcáreo para la edificación.

No habrá allí ni célula inteligente que pueda actuar á manera de químico genial, elaborador de un material de construcción que automáticamente se condensa en gradación proporcionada á la carga que ha de sostener, ni tampoco habrá lugar á que las otras células conjuntivas no especializadas, repentinamente en forma de metaplasia, la función ósea que jamás habían saludado. El periostio con sus fibras duras en apretadas filas, hileras de momias celulares sin discernimiento alguno biológico, vedarán toda elaboración firme de tejido óseo. Por esa razón una fractura donde un clavo, una esquirla, un masaje intempestivo y violento, una infección persistente, actúan, no se calcifica ni consolida; el callo fibroso es la expresión de aquel embrutecimiento conjuntivo de que hablábamos y estado prohibitivo de toda regeneración ósea.

Pero en biología, como en la vida social, todos los extremos son malos. Malo es anquilosarse é inhibirse en la vida; mas tampoco conduce á nada una exuberancia de actividades mal encauzadas. El tejido conjuntivo perióstico ó no, situado alrededor de lo que pudiéramos llamar *cuenca ósea* que se halle animado de una inquietud excesiva, estimulada por una vascularización intensa, tampoco llegará á elaborar hueso; al contrario, corroerá y expoliará al que tenga próximo, y las sales cálcicas arrebatadas por el torbellino circulatorio pasarán á la corriente general para ser eliminadas sin fruto. Necesario será que ese tejido conjuntivo se haga sesudo y consecuente de su deber para que sepa moderar sus impetus y llegue á ese estado de preparación funcional que crea el lecho de sedimentación de la cal. Lo que Leriche y Policard llaman *estado preóseo*.

A ese estado llegará más fácilmente aquel tejido conjuntivo mejor preparado. El del periostio tendrá para ello indudables ventajas.

Mas para que ese tejido conjuntivo perióstico llegue á la fase preósea, requiérese una simplificación del mismo, un salto atrás que le convierta de adulto en embrionario; al fin y al cabo, ello es lo que ocurre en todas las cicatrizaciones que no pueden tener lugar sin una previa regresión en los elementos anatómicos que han de ser asiento de esa cicatrización.

De ahí la evidente utilidad de los injertos aun cuando su eliminación es provocada por una infección atenuada. Ellos actúan en principio como causa irritativa sobre el conjuntivo perióstico; esa fase es positiva de fagocitosis y defensa; negativa de elaboración ósea; la primera desaloja al injerto englobándole como víctima de una protesta violenta ejercitada sin discernimiento y por igual sobre gérmenes y sobre prótesis. Es un movimiento revolucionario exacerbado por la aportación de un elemento que tuvo la desgracia de aparecer en el campo óseo en tiempos de revuelta. Mas del mismo modo que las víctimas inocentes de una convulsión social al desaparecer dejan con frecuencia tras sí el germen de tendencias renovadoras

(1) Les problemes de la Physiologie normal et pathologique de l'os. Paris, 1926.



**E. MERCK
DARMSTADT**

En la gonorrea.

Inyecciones
y lavados de

CHOLLEVAL

Astringente
y desinfectante
para

el cuello, la nariz y el oído
así como

en las operaciones ginecológicas.

Literatura e instrucciones para su empleo á disposición de los señores médicos.

REPRESENTACIÓN Y DEPÓSITO EN ESPAÑA:

«Productos Químico Farmacéuticos, S. A.» — Barcelona: Bailén, 36. — Apartado 724.

PRODUCTOS

Serono

Bioplastina Serono.

Inyectables de 5 y 1 1/2 c. c. contra todas las más variadas formas de anemias, debilidad, etc., indoloras.

Peptopancreasi Serono.

Jugos gástricos y pancreáticos contra el catarro gástrico, anorexia, diabetes grasa, vómitos incoercibles, disturbios de lactantes, etc.

Muestras á:

MADRID: Mayor, 4.—Teléfono 19.614

L. Lepori

VIA LAZETANA 15 · BARCELONA

MORRHUETINE

• JUNGKEN •

EL TÓNICO DE LA INFANCIA

Substituye con ventaja al aceite de hígado de bacalao

SE USA TODO EL AÑO

SABOR AGRADABLE · PERFECTAMENTE TOLERADO · LICOR NO ALCOHÓLICO NI AZUCARADO

DOSIS POR CUCHARADA SOPERA = YODIO 0.015 Gr. - HIPOFOSFITOS COMPUESTOS 0.15 Gr.
FOSFATO SÓDICO 0.15 Gr. - GLICERINA PURA.



EFICAZ EN ADENOPATIAS. LINFATISMO. ESCRÓFULA. RAQUITISMO. BRONQUITIS CRÓNICA. DIABETES. HEREDOSÍFILIS. AMENORRUEA Y DISMENORREA. CONVALESCENCIAS ETC.

DEPURATIVO RECONSTITUYENTE

MUESTRAS GRATIS AL CUERPO MÉDICO

LABORATORIO MIRABENT - BARCELONA.



NURRISOL

JARABE GALACTÓGENO.

GLICEROFOSFATOS COMPUESTOS-EXT.
FL. DE GALEGA-TINTURA DE SEMILLAS DE
ALGODÓN-VAINILLA-NUEZ MOSCADA
Y CANELA.

RECONSTITUYENTE GENERAL
PARA LAS MUJERES QUE CRIAN.
ESTIMULANTE DE LA SECRECIÓN
LÁCTEA.

PUEDEN HACER POSIBLE EN
MUCHOS CASOS LA

LACTANCIA MATERNA.

MUESTRAS:
LABORATORIO MIRABENT. BARCELONA.



PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL.

FÓRMULA.

CASTERASA	0.65 Gr.
H. CL. QUIM. PURO	0.05 Gr.
TINT. Badiana	0.17 Gr.
TINT. NUX. VOM.	0.06 Gr.
TINT. COCA	0.13 Gr.

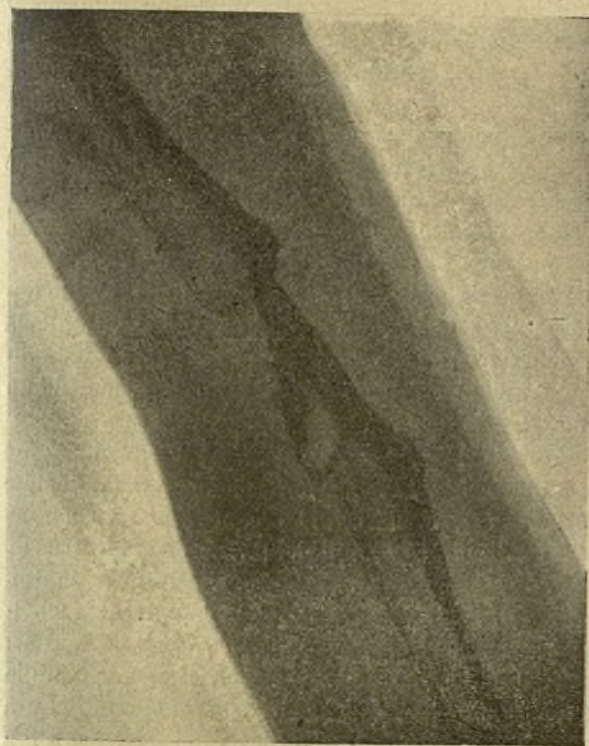
POR CUCHARADA.

EFICAZ EN LA INSUFICIENCIA
GÁSTRICA QUÍMICO MOTRIZ Y
EN TODAS LAS ATONÍAS GÁSTRICAS

MUESTRAS:
LABORATORIO MIRABENT. BARCELONA.

y regeneradoras, así aquel movimiento orgánico que á impulsos de la maniobra plástica exacerbó la vitalidad del campo conjuntivo en sentido de defensa intensa, fué más tarde fenómeno determinante de la acomodación de ese campo conjuntivo á términos de mesoblasto osificable de tejido preóseo, en el cual los despojos cálcicos del injerto ó del hueso próximo han sido elementos favorables á la sedimentación mineral y al complejo y admirable fenómeno de la metaplasia reconstructiva.

Ese mismo papel de los injertos en terreno atenuadamente séptico pueden ejercer los secuestros y esquirlas, aun aquellos que separados del periostio no se les atribuía papel alguno en la regeneración del hueso. La radiografía adjunta nos muestra la ac-



ción osteogénica de una diáfisis humeral necrosada en una niña á quien el paso de la rueda de un carro por su brazo determinó una fractura conminuta de la misma. Una osteomielitis fragmentaria dió lugar á una necrosis total de toda la diáfisis humeral, que á través de la amplia herida operatoria que agrandó la traumática fué eliminada totalmente. Parecía imposible una regeneración ósea en un brazo casi totalmente deshuesado y sin sostén; y, sin embargo, el estímulo del secuestro sobre elementos periósticos creó el estado preóseo, que se organizó y se calcificó rápidamente con las reservas minerales que el mismo secuestro suministró. Como este caso hemos visto varios en la clínica, sobre todo en niños.

II. La gastroenterostomía es operación que ha sido complicada extraordinariamente por la serie innecesaria de requisitos que á la misma se han acumulado. Libros enteros se ha escrito acerca de la operación, y cuando se acaban de leer los tales volúmenes queda

uno en condiciones de hacer mal la gastroenterostomía.

No incurriré yo en vicio semejante, y por eso me limito á dar mi opinión en modesta nota clínica, fruto de muchos fracasos y de muchos disgustos que cargo en cuenta primeramente á defectos de técnica, pero también á inspiraciones de libros y maestros un tanto afanosos de poner en todo su sello personal é innovador, cosa plausible, pero no siempre fructuosa.

La anastomosis del yeyuno con el estómago debe hacerse á mi juicio en el punto más declive de este órgano, y haciendo que el intestino se adapte al mismo del modo más natural; esto es, que ni se disloque excesivamente de la situación en que se halle ese yeyuno dentro del abdomen en el momento de buscarle para empalmarle, ni se le oriente en forma artificiosa intentando señalar al peristaltismo una norma planeada según inspiraciones de leyes fisiológicas supuestas, pero no reales.

Por otro lado, la gastroenterostomía es intervención obligada por la naturaleza del caso; muchas veces no permite éste más que esta operación paliativa que resuelve de momento el problema de la retención gástrica, pero que no cura la lesión que la originó. Necesario, por tanto, será pensar en simplificar esta intervención adaptándola á las malas condiciones del operado, y además procurar que el artificio creado no estorbe, antes bien facilite y simplifique y no sea trabajo perdido para la práctica de la intervención subsiguiente que ha de constituir la intervención radical del tratamiento quirúrgico propuesto.

Con arreglo á estos principios, el primer tiempo de la intervención, es decir, la exploración de las lesiones que el estómago presente procuramos llevarlo lo más dilucidado y claro que nos es posible, gracias á los procedimientos de exploración que hoy poseemos. Abrir el abdomen y *sobar* el estómago, el hígado, el páncreas, para saber lo que hay en ellos, es poco correcto. A veces por desgracia hay que hacerlo, pero procuremos siempre no tener que hacerlo; una buena exploración manual antes de operar, una, dos ó tres radiografías y una detenida reflexión frente á ellas, nos dan la imagen cierta de cómo están las cosas, y al asomarnos al abdomen, pocos segundos le basta á la vista y unos cuantos más á la mano para saber á qué atenerse.

Exterioricemos sin tirones al estómago, llevemos el colon transversal con él y sostengamos ambos levantados con una mano; la otra toma una valva, separa un labio de la abertura laparotómica y trata así de descubrir con la vista el nivel y sector donde el origen del yeyuno se encuentra.

Con una pinza elástica tomamos el asa yeyunal; la exteriorizamos, la envolvemos en gasa y la colocamos sobre el lecho de compresas que ha de constituir el campo operatorio. Preparemos ahora el punto de implantación gástrica de ese asa, y ese punto es la corvadura mayor. Ella viene revestida de las inserciones del mesogastrocólico y surcada por vasos gas-

troepiploicos, tanto más abundantes, cuanto más próximos al píloro.

Maniobra hemostática y rápida para preparar la implantación es la de Temoin. Frótese con una compresa estéril el punto elegido para la anastomosis en la corvadura mayor, haciendo como si se quisiera mondar ó decorticar esa zona gástrica. Naturalmente, la maniobra no pretende arrancar la serosa; se propone solamente desprender lo más hemostáticamente posible las inserciones de ese epiplón en la pared gástrica. El sector elegido por nosotros no es el antro pilórico, sino una zona de corvadura mayor situada entre la mitad del estómago y el tercio derecho.

Surge ahora una cuestión: ¿Debe la implantación ser antecólica ó retrocólica? Ha sido durante mucho tiempo la retrocólica posterior, la preferida por todos los cirujanos; la razón es que permite hacer la implantación á poca distancia del punto de origen del yeyuno; actuar con asa corta, como se dice en la terminología quirúrgica de estómago.

En cambio, para pasar el asa por delante del colon é implantarla en corvadura mayor, hay que emplear asa larga, es decir, implantar el yeyuno á una distancia mucho mayor desde su origen, lo cual, al decir de los autores, expone más al accidente de retroceso del quimo gástrico por el asa aferente, al círculo viscoso de orden mecánico.

No voy yo á hacer una crítica de todas las opiniones sentadas acerca de este extremo, ni á promover una discusión sobre el mismo. La nota clínica es personal y fruto del contraste entre la experiencia propia y la opinión ajena. La mía en este punto es que la implantación transmesocólica es engorrosa y no exenta de peligros, tanto para el colon como para el asa yeyunal que se implanta en el estómago á través de un ojal mesocólico. El asa aferente, es decir, la distancia desde origen de yeyuno á implantación gástrica la calculo en términos de que ni flote demasiado ni comprima al colon; pasa por delante de él como si se le sostuviera, y no es de presumir que ni el asa yeyunal dificulte la circulación intestinal de ese colon ni el peso de éste perturbe el flujo biliar y duodenal que llega á la anastomosis por el asa aferente.

La manera de unir el yeyuno con el estómago ha dado materia para libros enteros. Cada vez estoy más satisfecho de una técnica debida al malogrado cirujano español D. Salvador Cardenal. Le vi practicar esa intervención varias veces en el Hospital del Sagrado Corazón, en Barcelona, y me parecieron sus fundamentos de gran lógica y sencillez. Hace la implantación según la variedad llamada en gastropatología quirúrgica directa, que es tanto como no decir nada. Mejor diríamos implantación natural. La convexidad del asa se sutura en las tres cuartas partes de su longitud á la corvadura mayor de estómago mediante una sutura seroserosa. Córtese ahora con bisturí y tijeras (el Dr. Cardenal lo hacía con termocauterio) dos medias lunas; una en la pared gástrica; otra en la pared intestinal; esas medias lunas tienen su base al nivel de la sutura serosa practicada; son una vez di-

secadas esas medias lunas como dos postigos, superior é inferior, cuya charnela ó eje estuviera en la seroserosa. Cójanse esos postigos con una pequeña pinza de dientes colocada en la parte media de la convexidad de los mismos y hágase una sutura á punto apretado que reúna ambas lengüetas, que atraviese los ángulos de las bocas gástrica y yeyunal y que reúna éstas invirtiendo la mucosa hacia la luz visceral, según el excelente punto de Connell, detalle de técnica que ha mejorado las estadísticas de la cirugía gástrica.

En esa sutura ponía el Dr. Cardenal un detalle personal. A partir de un punto central anudado en la convexidad de las dos lengüetas y con dos hebras muy largas que emanan de él, hacía primeramente la sutura en el sector izquierdo de la anastomosis. Detenía dicha sutura al llegar á la mitad de la misma y tomando la otra hebra de hilo, hacía la sutura en el sector derecho; cuando terminaba esa porción de sutura, las dos hebras se habían encontrado; anudaba ambas y quedaba así la fijación gastroyeyunal muy sólida. Es detalle muy digno de conocerse, pero no es esencial al procedimiento.

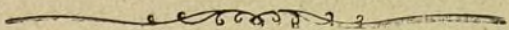
Este se termina continuando la sutura seroserosa anterior, según la técnica corriente.

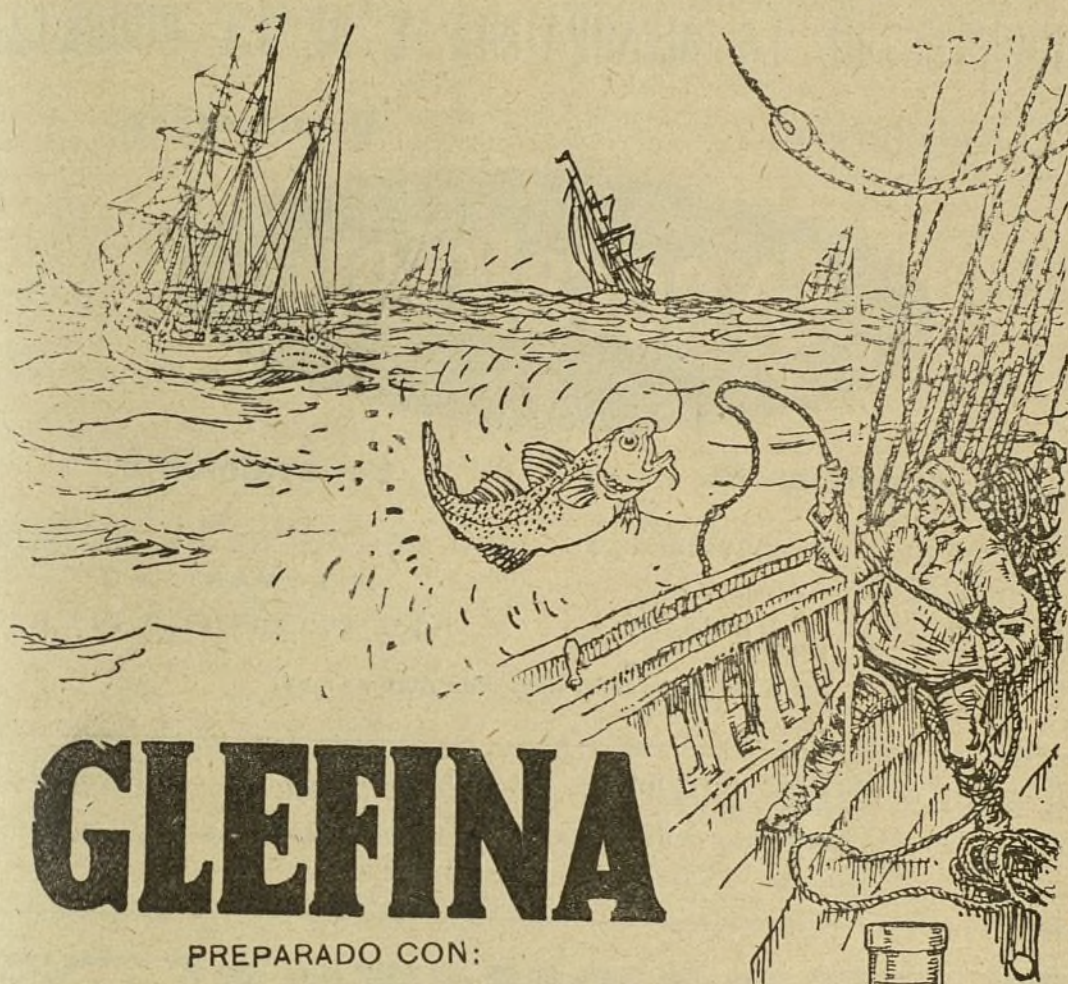
Cuando se termina la sutura se ve al yeyuno implantado al estómago, según una línea convexa; da la sensación de que ese yeyuno recibe la oleada de líquidos gástricos presentándose á ellos á manera de un embudo.

Si el intestino se contrae ó si el estómago retrae sus bandas de fibras longitudinales podrán reducirse las dimensiones de ese embudo, pero siempre conservará la disposición favorable á un desagüe perfecto.

Además, queda en el interior de la boca anastomótica, una disposición valvular; una lengüeta móvil constituida por las dos medias lunas descritas; ello es un mecanismo favorable para impedir tanto la entrada de bilis en el estómago procedente del asa aferente, como el paso del contenido gástrico á esa misma asa evitándose así el círculo vicioso de orden mecánico.

Poro, á mi juicio, esa yuxtaposición de las dos lengüetas tiene un valor aún mayor. Es un punto de apoyo, una superficie de adosamiento extenso entre la pared gástrica y la pared intestinal que convierte á la anastomosis, no en un simple ojal, sino en un plano inclinado de estómago á intestino. Podrá esa válvula andando el tiempo atrofiarse y reducirse perdiendo su eficacia como tal válvula, como quieren algunos. Lo que no se perderá será la soldadura firme, el amplio asiento del estómago sobre el intestino que pone á salvo á este último de acodaduras y estrecheces consecutivas.





GLEFINA

PREPARADO CON:

EXTRACTO DE ACEITE DE HIGADO DE BACALAO,
EXTRACTO DE MALTA,
HIPOFOSFITOS: DE MANGANESO, DE CALCIO, DE POTASIO,
DE HIERRO, DE QUININA Y DE ESTRICNINA

DOSIS: Niños de tres á cinco años, de 2 á 3 cucharadas de las de café al día. — De cinco á diez años, de 2 á 4 cucharadas de las de postre al día. — De diez á quince años, de 2 á 4 cucharadas grandes al día. — Adultos, de 3 á 4 cucharadas grandes al día.

(Salvo indicación facultativa.)

SABOR AGRADABLE

NO PRODUCE TRASTORNOS DIGESTIVOS

GLEFINA es el único recurso que tiene el médico para formular

ACEITE DE HIGADO DE BACALAO EN VERANO

Otras especialidades:

TONICO SALVE: Reconstituyente del sistema nervioso.

GOTAS F. Y. A. T. Potente antiescrufuloso.

Muestras: LABORATORIOS ANDRÓMACO, S. A. - Plaza central del Tibidabo, 3, Barcelona.



ACCIDENTES DE LA MENOPAUSIA Y DE LA PUBERTAD

Amenorrea.

Dismenorrea.

Gynocalcion

Gynocalcion M.

MENOPAUSIA NATURAL Ó QUIRÚRGICA
INSUFICIENCIA OVÁRICA
ESCLEROSIS OVÁRICA

Gynocalcion P.

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD
DISOVARISMO
MENORRAGIA

12 á 16 grageas al día, diez días al mes.

LABORATOIRES CORTIAL. — 15, Bd. Pasteur. — PARIS

Agentes generales para España: Juan Martín. — Calle de Alcalá, núm. 9. — Madrid.

Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona.

PRODUCTOS BRUSCHETTINI

ANTITUBERCULARES

Vaccino curativo Bruschetti.

Para todas las formas y estados.

Siero vaccino Bruschetti.

Estadios iniciales y formas óseas.

Polivaccino antipiógeno Bruschetti.

En todas formas tuberculosas con asociaciones microbianas.

Vaccino curativo II grado Bruschetti.

Para usarse en todas las formas graves con temperaturas elevadas.

Muestras gratuitas á:

MADRID: Mayor, 4. — Teléfono 19.614.

L. LEPORI VIA LAYETANA 15 · BARCELONA

Contribución á la patología prelagrimal

POR EL

DR. MANUEL MÁRQUEZ

Profesor de Oftalmología de la Universidad de Madrid

Las tumoraciones situadas en la región lagrimal suelen ser diagnosticadas por lo común como procesos del saco mismo. Ahora bien; sin ser frecuente, no es tampoco muy raro que la afección no sea en el saco donde asiente, sino delante de él. Existe una serie de afecciones agudas ó crónicas, ya teniendo su origen primitivamente en el saco ó independientes de él, que forman un capítulo interesante: el de la *Patología prelagrimal*. Mas en vano le buscaremos en la mayor parte de los tratados de Oftalmología corrientes. Sólo en alguno que otro entre los modernos (Truc et Valude Schweinitz, Stock en el *Handbuch de Graefe-Saemischs* y en los antiguos que se citarán, así como en trabajos sueltos referentes al asunto encontramos algunos datos acerca de este grupo de afecciones. La circunstancia de haber observado recientemente tres casos de esta índole es lo que me mueve á poner al día este asunto con motivo de la descripción de los mismos, y para ello, antes vamos á hacer una exposición históricobibliográfica de todo lo que hemos podido encontrar, sin la pretensión de que sea completa.

Janin en 1772 (1), describió la observación de un tumor del gran ángulo del ojo derecho, sin inflamación, irreducible por la presión, que al ser incindido dejó salir un humor límpido y espeso... curándose el proceso á los veintitrés días y en el que á medida que se curaba, el reflujo de lágrimas era cada vez menos abundante y cesó por completo en cuanto la herida estuvo cicatrizada. El autor, con tal motivo, hace consideraciones acerca del diagnóstico diferencial con el verdadero tumor lagrimal, el cual, dice, cede ordinariamente á la compresión, mientras que no lo hace el primero. «Ordinariamente—añade—porque hay circunstancias en que el tumor lagrimal no se reduce á pesar de la compresión, porque entonces los conductos lagrimales están eretizados ó inflamados, lo cual pone obstáculo al reflujo en el reservorio de las lágrimas». Sin embargo—agrega—no es una regla general que el causado por infiltración de humor seroso, entre los tegumentos y el saco lagrimal, no pueda también desaparecer cuando se le comprime, pues «los hay de esta clase que comunican con los conductos lagrimales y más ordinariamente con el inferior».

Demours, hijo, en 1818 (2), en una observación titulada «Depósito delante del saco tomado por un depósito en esta cavidad», describe otro caso en el que la incisión no fué seguida de salida de líquido alguno y en el que «la inyección hecha por el punto lagrimal pasó libremente á la nariz», añadiendo: «y yo así reconocí mi error» (el de haberle tomado por una inflamación del saco).

Hubert Rodríguez (de Montpellier) describió el caso (3) de un hombre de setenta años que, portador de un tumor en el ángulo interno palpebral, murió á consecuencia de una fractura del cuello del fémur. Este tumor, colocado delante del saco, fué incindido en la autopsia por su cara anterior y parecía ser el saco lagrimal, mas, habiendo hecho una inyección de agua, el saco lagrimal se llenó y rechazó hacia adelante la pared posterior del saco abierto.

Desmarres (4) refiere un caso propio, de un niño de once años con un tumor en el ángulo interno del ojo que ocupaba la región del saco, fluctuante pero irreducible á la presión, en tanto que el ojo estaba seco y las vías lagrimales permeables á la inyección. Incindido salió un líquido mucoso y con

la cauterización de la superficie interna con el lápiz de nitrato argéntico curó en unos quince días. El mismo Desmarres cita á continuación el caso de Berand (5), que puede leerse también en el libro de Fano (6), junto con los de Janin y Rodríguez: «Sobre el cadáver de una mujer de sesenta años encontré en el ángulo interno del ojo un tumor ovoide, de unos 4 milímetros de longitud y anchuras de 3 milímetros, de consistencia fuerte, que no se vaciaba por el dedo y con vías permeables á la inyección; estaba separado de la pared anterior del saco por un tejido celular filamentosos y contenía una materia blanca caseosa».

Deval, en su tratado (7), además de consignar que ha encontrado dos veces una producción enquistada delante del saco, insiste sobre el diagnóstico diferencial entre estos quistes y el saco quístico propiamente dicho.

Emil Martín (8), en 1863, resume en el cuadro siguiente los caracteres diferenciales entre el tumor lagrimal y los quistes situados delante del saco:

TUMOR LAGRIMAL	QUISTE EN LA REGIÓN DEL SACO
Empieza siempre por lagrimeo.	No hay jamás lagrimeo.
Sequedad de nariz.	No hay sequedad de nariz.
A menudo hay algo de inflamación.	No hay inflamación.
La presión hace salir un líquido.	No hay salida de líquido á la presión.
La inyección no penetra en las vías lagrimales.	La inyección penetra en las vías lagrimales.
Tumor fijo y cambia á menudo de volumen.	Tumor á menudo móvil y no varía en su forma.

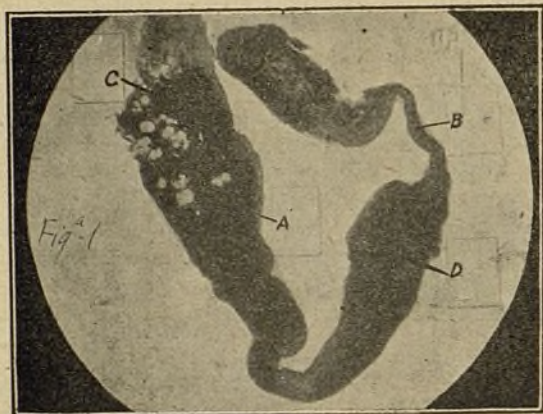
Este mismo cuadro anterior figura en el capítulo que el Dr. Leplat (8 bis) trae en la «Guía del médico práctico», por el Dr. Valleix, 5.º edit., t. V. referente á *Examen de l'œil*, página 743.

Más tarde, han contribuido á este estudio Armaignac, 1889 (9); Mandelstamm, 1890 (10); Jocs, 1890 (11); Rollet, 1900 (12); Cirincione, 1890 (13); Parinaud, 1891 (14); Aribaud, 1901 (15); Roche, 1902 (16); Terson, 1903 (17); Lurie, 1910 (18); Schweinitz, 1910 (19), (un caso «que tenía todas las apariencias histológicas del tubérculo»); Kubik, 1920 (20), y muy recientemente Friedberg, 1926 (21), y los tres casos que ahora aportamos, los cuales han sido objeto de una corta nota previa á la Real Academia de Medicina de Madrid. Márquez, 1926 (22).

Veamos ya cuales son nuestros casos:

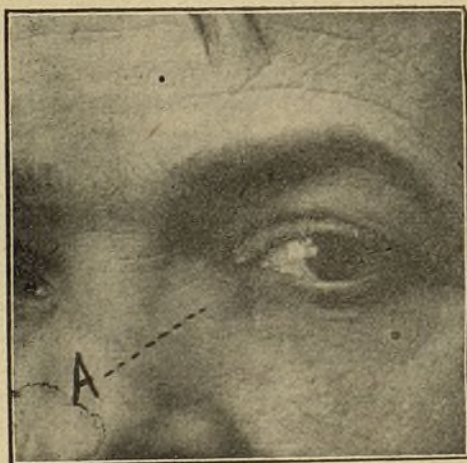
El primero es el de un hombre que asistió á la clínica hace unos dos años, que presentaba un tumor en la región lagrimal con permeabilidad de las vías y que fué extirpado por uno de mis asistentes, que no conservó la pieza extirpada creyendo que se trataba de un saco vulgar. El segundo es el de una enferma de unos treinta y cinco años, envía a por el profesor Olivares con una tumoración lagrimal en el lado derecho, con permeabilidad de las vías. Se hizo la extirpación obteniendo preparaciones microscópicas de las que una de ellas es la representada en la fig. 1.ª. Durante los primeros tres ó cuatro días hubo un poco de lagrimeo que desapareció después completamente. Los cortes, por haber dejado secar la pieza antes de incluirla, resultaron un poco gruesos, mas en ellos puede reconocerse la existencia de una capa epitelial (A) limitando la cavidad y por fuera de ella una capa de haces conjuntivos infiltrada de elementos emigrantes. Esta capa no tiene un espesor uniforme, pues en unos sitios (B) se estrecha considerablemente y en otros (D) es siete á ocho veces más gruesa, observándose además en ella numerosos vasos y en algunos sitios (C) extensos focos hemorrágicos (¿producidos quizá en el momento de la extirpación?). El tercer caso es el de un hombre joven, mozo de

café (fig. 2.^a) con un tumor prelagrimal en el lado izquierdo, irreductible á la presión, de consistencia pastosa, hallándose las vías permeables á la inyección. La pieza extirpada en la que no se encontró una verdadera cavidad, presentaba entre un gran número de fibras musculares y de grasa, una infiltración leucocitaria sobreabundante alrededor de los

Fig. 1.^a

vasos (fig. 3.^a); pero en la que el profesor Tello á quien le fueron mostradas las preparaciones «no encontró nada que hiciera pensar en tuberculosis ni en ninguna otra inflamación específica (fig. 4.^a); aunque examinados pacientemente los cortes pudo encontrarse algunos elementos epitelioides más tarde.

Vamos ahora á hacer algunas reflexiones con motivo de nuestros casos. En los tres *la permeabilidad de las vías lagrimales era completa* y de no haberse hecho esta exploración, como muchas veces acontece, hubiera sido diagnosticada

Fig. 2.^a

una afección del saco, indebidamente. *La no existencia del lagrimeo* en esta clase de afecciones, aunque tiene un gran valor en contra de la infección del saco, no le tiene, sin embargo, absoluto, pues lesiones prelagrimales pueden comprimir las vías como en el caso de Janin, antes citado (1), y producir la estrechez ó la obliteración temporal de éstas.

Recordemos también que en el segundo de nuestros casos existió lagrimeo en los primeros días consecutivos á la extirpación del quiste, lo que puede explicarse por una inflamación transitoria de la pared de dichas vías, que desapareció después, y con ella la estrechez á que daba lugar.

El sondaje, cuando es posible, es un signo positivo de que

la afección no es lagrimal; pero no es tan seguro como la permeabilidad, demostrada por el paso de líquido inyectado, ya que hay casos en que es positivo el resultado de la inyección y negativo el de sondaje. Algo análogo ocurre también

Fig. 3.^a

con la *instilación de materias colorantes* (fluoresceína, azul de metileno) en el saco conjuntival, pues hay casos en que la substancia no pasa á la fosa nasal, y sí lo hace la inyección, dado que con ésta la presión puede vencer al obstáculo, resultado que no se suele obtener con la simple instilación.

Con los procedimientos que acaban de ser citados llegamos siempre al mismo resultado, ó sea, permeabilidad de las vías en caso de afección prelagrimal, mientras que en la afección lagrimal propiamente dicha, si el tumor no desaparece por la presión, es también impermeable á la inyección.

Fig. 4.^a

No olvidemos, sin embargo, que Axenfeld hizo ya notar hace más de veinte años (1906) (24) que puede existir una verdadera dacriocistitis tuberculosa sin obstrucción de las vías lagrimales, y sólo con considerable espesamiento de la pared del saco que da una tumoración renitente é irreductible á la presión, como en los casos de afección prelagrimal.

Podría, en cambio, un tumor quístico prelagrimal formado á expensas de un divertículo del saco, comunicando aún con éste, vaciarse en él al hacer la presión.

La radiografía, previa la inyección de las vías lagrimales con lipiodol ó con la papilla de óxido de torio recomendada por V. Szily (23) y que en manos de éste y de otros se ha mostrado tan útil, demostrará que el quiste ó la lesión de que se trate están situadas por delante del saco. También podría informarnos la radiografía en el posible caso de tratarse de un quiste prelagrimal comunicando aún con el saco.

¿Cuál es el origen de estos quistes? Friedberg admite (loc. cit.) tres momentos etiológicos á los cuales podemos añadir un cuarto, á saber:

1.º Producción á expensas de formaciones embrionarias semejantes á la descrita por Tartuferi (25) de doble saco ó conducto lagrimales, una de cuyas partes se aísla del resto y adquiere el carácter quístico.

2.º Divertículos ó pliegues, congénitos ó adquiridos, que llegan á quedar aislados del resto del saco por tejido cicatricial consecutivo á lesiones inflamatorias ó á los traumatismos del sondaje.

3.º Obstrucción del conducto excretor de alguna de las glándulas que al decir de ciertos autores existen en la pared del saco lagrimal; glándulas que son negadas por otros. Entre los que la admiten está Janin (loc. cit. pág. 117) que decía haber comprobado su existencia, segregando un humor amarillento semejante al de las glándulas de Meibomius. En 1853 Beraud (26) que fué el primero en estudiar también la anatomía patológica del tumor lagrimal, describía dos clases de glándulas: unas mucíparas que podían dar lugar por su obstrucción á pequeños folículos semejantes á los llamados «huevos de Naboth» de la mucosa uterina, y otras semejantes á las de Meibomius; mas las investigaciones de Ordóñez (27) demostraron que no había más que una sola clase de glándulas. En estos últimos tiempos estas glándulas no han sido encontradas por Schirmer ni por Hertel (28), mientras que sí lo han sido por Joers y por Wernicke (29) atribuyendo Friedberg esta diferencia al material empleado, pues mientras en los sacos extirpados por dacriocistitis crónica las glándulas han desaparecido, en los sacos sanos esto no ocurre y pueden ser puestas de manifiesto. De todos modos, á Stock (30) no le parece suficientemente demostrado el mecanismo de producción de quistes á expensas de las citadas glándulas.

4.º A los anteriores mecanismos hay que agregar el de producción de un quiste seroso ó purulento á expensas del espacio presacular descrito por Rollet y comparado por él al espacio prevesical de Retzius, existente entre la fascia profunda y la pared anterior del saco. Aquí como en las bolsas serosas en general puede desarrollarse una hidrartrosis, y es de notar que Hubert Rodríguez había ya indicado (loc. cit.) «la existencia de una pequeña bolsa sinovial entre la pared fibrosa del saco y el músculo orbicular; también puede formarse un absceso purulento ó de los llamados «fríos» ó simplemente una inflamación que no llega á supurar, tuberculosa ó no, y que da la sensación de un tumor lagrimal irreducible á la presión». Creemos nosotros que, del mismo modo, por delante de dicha fascia profunda entre ésta y la superficial descrita por Meller (31) (en la detallada descripción que hace de la topografía de la región lagrimal con motivo de la de los tiempos de la extirpación del saco) pueden producirse también los dichos procesos. A esta categoría pertenecía casi seguramente nuestro tercer caso antes citado, ya que en él, aparte de no haber encontrado nada que pudiera recordar la cavidad del saco ni la de

un quiste, la existencia de numerosas fibras musculares (del orbicular) y de grasa, así como la infiltración leucocitaria nos indican que se trataba evidentemente de una lesión inflamatoria superficial. Y en cuanto á su naturaleza, si bien la autorizada opinión del profesor Tello nos inclina fuertemente á creer que no se trata de un proceso tuberculoso, no podríamos en absoluto, no habiendo hecho la inoculación experimental y dada la existencia indudable de la tuberculosis sin células gigantes y hasta sin folículos, negar la posibilidad de tal naturaleza, que á Rollet (32) le parece frecuente.

En cuanto á mis otros dos casos, se trataba evidentemente en ellos de quistes prelagrimales, pues en el primero, aunque no se guardó la pieza, el operador recuerda que era una bolsa que se rompió cuando estaba casi extirpada, y el segundo, que también se rompió antes de su completa extirpación, es el que ha sido objeto de los cortes microscópicos antes descritos. Respecto al mecanismo, aunque pudieran proceder de glándulas obstruidas y distendidas, creemos más probable que se trate de divertículos ó prolongaciones del saco, aislados más tarde de éste, como en el caso de Terson (17), en el que la superficie interna mostraba un epitelio semejante al del saco.

Digamos para completar la lista de las posibles lesiones de la región prelagrimal, que en ella han sido descritos otros quistes como los sebáceos, los aceitosos, etc., y por Cirincione (33), un *cistoadenoma prelagrimal*, compuesto por una aglomeración de pequeños quistes llenos de una sustancia granulosa, cuyas paredes estaban formadas de tejido conjuntivo y de un epitelio en plena kariokinesis.

Por último, forúnculos y todas las demás lesiones cutáneas pueden asentar en la piel de esta región. Un quiste oleoso ha sido recientemente observado por el Dr. E. Tallei (34) un poco por encima de la región del saco, con perfecta integridad de las vías lagrimales.

Allargotta (35) ha descrito también tres casos, uno de ellos seroso y los otros dos de naturaleza sebácea. Yo mismo, en un caso no publicado aún y cuya fotografía poseo, he observado y operado un caso de esta última clase, así como un pequeño aneurisma curado con la *electrolisis* por mi ayudante, el Dr. Rivas Cherif.

No confundiremos, en fin, estas formas presaculares con quistes de los canalículos, tal como el recientemente descrito por el Dr. Theobald (35), asistente de la clínica del profesor Stock (de Tubinga). La situación en los del canalículo, es decir, más arriba y algo más afuera que el saco, disipará en seguida toda duda.

Destaquemos de todo lo dicho la importancia de hacer una exploración detenida y completa, especialmente de la permeabilidad de las vías, antes de hacer el diagnóstico y de establecer las indicaciones operatorias en estos procesos que asientan en la región lagrimal.

Nota bibliográfica.

Sólo los que no tienen asterisco * no han sido consultados directamente.

(1) Janin: *Memoires et observations sur l'oeil*. París, páginas 323. Obs. XII.

(2) A. P. Demours: *Traité des mal. des yeux*, t. II. París, 1918, pág. 133. Obs. 57.

* (3) Hubert Rodríguez: *Ann. d'Oculistique*, t. XIV, página 25. (Citado por Desmarres.) (Véase á continuación).

(4) Desmarres: *Traité théorique et pratique des mal. des yeux*, t. I, 2.ª ed. París, 1854, pág. 302.

* (5) y (6) Beraud: *Archiv. gener. de medecine*, t. III, página 328, citado por Desmarres, loc. cit., y Fano: *Traité pratique des mal. des yeux*, t. I. París, 1866, pág. 320.

(7) Deval: *Traité theor. et prat. des mal. des yeux*. París, 1862, págs. 961 et 962. Note sur un kiste au devant du sac lacrymal, etc. (*Gazette Médicale*, 1849), pág. 66.

(8) Martín: *Traité medical des mal. des yeux*. París, 1863, página 79.

(9) Armaignac: *Memoires et observations d'Ophthalmologie pratique*. París, 1894.

* (10) Maldestamm: *Klinische Vorlesungen*, Kiew. Bd. 2, S. 223 (Ruso). (Zitier nach Lurie) (Vit. nach Stock i. Graefe Saemichs Handb.)

* (11) Jaqz: *Clin. Opht.* 1900 (citado por Terson).

* (12) Rollet: *Lyon Medical et Ann. d'Ocul.* 1900 (citado por Terson y por Kalt en la *Encyclopedie franc. d'Ophtalm.* París, 1909, pág. 295 y 397).

* (13) Cirincione: *Progresso medico*. Napoli, 1890 (citado por Terson).

* (14) Parinaud: *Ann. d'Ocul.* 1891 (citado por Terson).

* (15) Aribaud: *La tumeur prelacrymale*. Th. de Lyon, 1901 (citado por Terson)

* (16) Roche: *La pericystite lacrymale*. Th. de París, 1902 (citado por Terson).

(17) Terson: *Nature et traitement de la tumeur prelacrymale*. *Arch. d'Ophtalm.* Juillet, 1903.

* (18) Lurie: *Zur Frage der Entstehung der Tränensackcysten*. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 48, 1, S. 374). (Citado por Stock i. Graefe Saemichs Handb.)

(19) Schweinitz: *Diseases of the Eye*. Philadelphia, 1916, página 567.

* (20) Kubik: *Zur Frage der Tränensackcysten*. Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Bd. 44, S. 264 (citado por Stock, loc. cit.)

(21) Friedberg: *Ein Fall einer Tränensackcyste*. Acta Ophthalmologica, 1926. Vol. IV.

(22) Márquez: *Pequeñas contribuciones á la patologia lagrimal*. Anales de la Real Academia Nacional de Medicina, tomo XLVI, Cuaderno 2.º, Junio de 1926.

(23) V. Szily. 1914. Klin. Mon. f. Augenheilk. Bd. 52, S. 547; 1920. *Zur Pathologie der Tränenwege in Röntgenbild* Klin. Monatsbl. Bd. 64, S. 31, 1924. Erkrankungen der Tränenwege in Schwalbe: Diagnostische und therapeutische Irrtümer un deren Verhüten.

* (24) Axenfeld: *Die tuberculöse Erkrankung der Tränensack*. Mediz. Klinik. 1906. (Citado in Encyc. Franc. d'Opht. tomo VIII, pág. 298.

* (25) Tartuferi: *Arch. d'Ophtalm.* 22, 1902. V. *Encyclopedie fran d'Ophtalm.*, t. VIII, pág. 288, figs. 32, 33 y 34.

* (26) Berard: *Arch. generales de Medecine*, t. II, pág. 6, 5.ª serie. (Citado por Fano, loc. cit., pág. 240.)

(27) Ordoñez: *Note sur l'histologie de la membran muqueuse du sac lacrymal*, in Fano, Mal. des yeux, t. I, 1886, página 240.

* (28) y * (29) Citados por Friedberg (21) en el artículo de Acta Ophthalmologica.

(30) Stock: *Die Pathologie der Tränenorgane* in Graefe Saemichs Handbuch.

(31) Meller: *Augenärztliche Eingriffe Zweite*. Auf Wien, 1921. (S. 1 — 18.

(32) Rollet: *Tuberculose des Voies lacrimales*. Rapport a la Soc. franc. d'Ophtalm., 1911, pág. 63.

* (33) Cirincione: *Instit. di clin. ocul. di Napoli*, 1880 90 (citado por Panas. *Traité des mal. des yeux*: t. I. París, 1894, página 339.

(34) Dr. E. Tallei: *Sulle cisti oleose prelacrimali*. Lettura Oftalmologica. Noviembre 1925.

(35) Margotta: *Sulle cisti presaculari*. Ann. di Oftalmologia, 1923, pág. 418.

(36) Theobald: *Dacryocanaliculitis cystica*. Klin. Mon. f. Augenh. Nov. 1926.

DERMOSIFILIOGRAFIA

POR EL

DR. BARRIO DE MEDINA

Vacunación específica general del chancro simple y sus complicaciones.

Dr. Pascual. — En el chancro venéreo y sus complicaciones no se encuentra sólo el estreptobacilo de Ducrey, sino que constantemente se encuentran asociaciones microbianas que desempeñan un gran papel. De estos conceptos dimana su creencia de que la vacuna de Nicolle al curar, lo hace obrando por el choque proteínico que determina, y como consecuencia por la acción hipertérmica; pero no por su acción específica.

Dr. Ramón González Medina. — Felicita al Dr. Garriga por su comunicación; admite la especificidad de la vacuna, pues con ésta los resultados son mucho más brillantes que con las demás corrientemente usadas en nuestra práctica y no á acción proteinoterápica, ya que con ningún remedio de esta naturaleza (ejemplo, inyecciones de leche) se consiguen efectos similares.

Dr. Cordero. — Felicita al Dr. Garriga por su documentado trabajo y expone los dos hechos siguientes observados en su práctica: 1.º La reacción general que la vacuna produce no está en relación con la dosis empleada, sino con el grado de la lesión. 2.º Análogos efectos terapéuticos se consiguen empleando la mitad de las dosis que aconsejan los autores, detalle que debe tenerse muy en cuenta por su mucha menor exposición. Emplea siempre la vía endovenosa.

Dr. Roldán. — Felicita al Dr. Garriga por su comunicación que coincide en muchos puntos con la que en unión del doctor Forns presentó á esta Academia en la sesión del 10 de Diciembre del pasado año.

Los trastornos generales que esta vacuna produce, hacen que no deba ser el tratamiento de elección de todos los chancros venéreos.

Nosotros hemos obtenido brillantes resultados; en una enferma con chancros venéreos fisurarios; de ano; en un chancro venéreo gigante, resistente á todo tratamiento durante más de tres meses y en bastantes casos de chancros complicados de adenitis en todas sus fases.

Seguimos creyendo que el efecto terapéutico de la vacuna estreptobacilar es debido más a su acción piroterápica que á la específica, nunca hemos visto efecto útil en las inyecciones que no iban seguidas de fuertes hipertermias; en los enfermos por nosotros tratados por la vía muscular que no produce reacción general, el efecto ha sido nulo.

No es una vacuna preventiva, pues hemos observado la aparición de autoinoculaciones y de adenitis en pleno tratamiento.

En los casos por nosotros observados, la intradermoreacción con dos décimas de centímetro cúbico ha marchado siempre de acuerdo con la clínica.

Dr. Sáinz de Aja. — Comparativamente ha empleado la vacuna estreptobacilar en procesos no venéreos, y teniendo en cuenta lo que pasa con otras vacunas específicas, deduce que ésta obra por su acción específica. Se compagina mal que una vacuna sea específica como diagnóstico y no lo sea como tratamiento.

No cree de gran resultado práctico el método intradérmico por lo molesto de las picaduras y porque no aventaja

en nada á la vía venosa y muscular con una sola inyección.

El efecto útil de la vacuna se logra con la primera y segunda inyección, esto es debido á que después las lesiones quedan reducidas á heridas limpias, y las siguientes no hacen nada, porque la vacuna no tiene acción cicatrizante.

El fracaso del Dr. Garriga en el tratamiento de los chancros de inoculación se explica porque al obtener la vesícula de inoculación no podemos tener la certeza de si ésta será debido sólo al estreptobacilo ó á lesiones producidas por las asociaciones microbianas.

En cuanto á las indicaciones, la fundamental son los serpiginitis venéreos; después de esto, las adenitis chancrosas en los chancros venéreo corrientes son tan poca cosa, que impresionan menos los resultados, pero también es eficaz.

Considera el empleo de la vacuna estreptobacilar como una de las adquisiciones más brillantes de estos últimos tiempos en venereología.

Dr. Garriga.—Rectifica. Agradece á la Academia la acogida que ha dispensado á su comunicación.

La primera cuestión es la de la especificidad de la vacuna, cosa que, á su juicio, está probada.

La bacterioterapia del chancre venéreo es una cuestión resuelta; cuando las lesiones son cerradas, se encuentra siempre en ellas el estreptobacilo de Ducrey; en las abiertas hay una primera fase en que predomina el germen específico. La vacuna ejerce acción más rápida en las lesiones cerradas que en las abiertas; hay enfermos que reaccionan con pequeñas cantidades y otros sólo con altas; desde luego, para producir efectos curativos es preciso que haya reacción febril.

Una de las cosas en favor de la acción específica de la vacuna, es el resultado del método intradérmico; empezó á emplear este método siguiendo á Maginli; lo ha empleado en adenitis reblandecidas con brillante resultado; no es procedimiento para establecer de modo sistemático; ha tratado á una señora con lesión tuberculosa del vértice derecho y en este caso estaba contraindicada la vía venosa.

La vía percutánea tiene su aplicación en los casos en que las reacciones generales que la vía venosa produce, sean perjudiciales.

Las reacciones biológicas generales, de desviación de complemento, no son utilizables, únicamente es específica la reacción intradérmica. (Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, 9 de Marzo de 1928.)

Bibliografía. (1)

AFECIONES DE LAS VÍAS DIGESTIVAS EN LA PRIMERA INFANCIA, por A. H. Marfán. Traducción del Dr. P. Martínez García. 1927. Juan Bautista Aragonés, Provenza, 202, Barcelona.

El Dr. Marfán, profesor de la Facultad de Medicina de París, médico del «Hospice des Enfants Assistés», miembro de la Academia de Medicina, y figura cumbre en su especialidad, ha publicado este hermoso libro dedicado á las enfermedades de la primera infancia, que fué antecedido por otro Tratado de la lactancia, que es en realidad la primera parte de esta obra.

En él se estudian principalmente las afecciones del estómago y del intestino y los trastornos de la nutrición, que tienen con ellas relación más ó menos íntima, muy frecuentes y algunos de gran gravedad.

La mayor parte del libro se halla formada por el texto de

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

las lecciones dadas en el «Hospice de Enfants Malades» y en el «Hospice des Enfants Assistés», á veces modificado y complementado con el cabal desarrollo, impropio de la exposición oral.

Libro didáctico, pero de estructura y fundamentación esencialmente clínica, comienza por un estudio de conjunto de la anatomía y patología, la etiología y la patogenia de las afecciones del estómago y del intestino.

Y para ello, las clasifica en cuatro grandes grupos: con predominio de los vómitos, de la diarrea, del estreñimiento y de la desnutrición. Modo de agrupación, cuyas ventajas principales son dos: facilitar el diagnóstico, pues permite, partiendo del síntoma, remontarse al síndrome y llegar á la especie patológica y á su causa, con lo que es dable alcanzar las indicaciones terapéuticas; y ser suficientemente elástica para dar cabida á todas las adquisiciones futuras, asentada en hechos de observación, permite exponer todas las teorías destinadas á relacionarlo ó explicarlo. Ventajas que se comprueban en la exposición de las materias.

La precisión, claridad y aplicación clínica, son las características de este magistral tratado.

Su lectura permite ver en seguida que es un libro vivo, creado por el ejercicio profesional cotidiano y cuidado, en especialidad tomada con cariño, bien fundamentada en el estudio y cultivada con el afán de su completo dominio.

Por esto, su valer y utilidad son extraordinarios, puesto que hay en ella cuanto conviene y se debe saber para efectuar científicamente y con acierto esta parte de la práctica profesional, casi siempre tan difícil por la carencia total de síntomas subjetivos y por las condiciones particulares del sujeto.

Es, pues, obra de gran utilidad á la que corresponde sitio de elección preferente en la biblioteca de todo médico.

R. LUIS Y YAGÜE.

GLYKOSURIEN, RENALER DIABETES UND DIABETES MELLITUS (Glicosurias, diabetes renal y diabetes sacarina), por el Dr. Herbert Elias. En alemán. De la colección de libros para la práctica médica, que publica la casa Springer, de Viena. Librito en 8.º de VI y 88 páginas.

Este libro, siguiendo el plan trazado para todos los de la misma colección, contiene los datos esenciales para el conocimiento de las enfermedades de que trata. El estudio de las glicosurias es breve, pues se trata de fenómenos transitorios cuya única importancia está en la posibilidad de confusión con la diabetes verdadera y al revés. Se exponen las diferentes causas que pueden provocar glicosurias transitorias y la manera de descubrirlas. También se hace alusión á la diabetes insípida, advirtiendo que nada tiene que ver con las glicosurias ni con las diabetes, pero para que el médico que hace el estudio de esta enfermedad no eche de menos un proceso que lleva el nombre de diabetes y que por este motivo puede prestar á confusión. La diabetes renal es objeto de un capítulo breve. En lo que más se insiste al tratar de ella es en su mecanismo de producción (hasta donde se conoce) y en el diagnóstico diferencial.

El capítulo de la diabetes sacarina ocupa casi todo el libro. Dentro de la concisión y claridad que son los lemas á que atiende esta obra, no se descuida ningún capítulo de los de proceso tan interesante. Se exponen las reacciones más corrientes para hacer en la orina de los diabéticos, no olvidando de indicar la preparación de los correspondientes reactivos; se hace alusión á la teoría de la producción de la diabetes y á la anatomía patológica de la misma á la influencia de las diferentes glándulas de secreción interna en dicha

enfermedad y el origen y constitución de los cuerpos acetónicos que crean el peligro inminente del coma.

Los capítulos más detallados y extensos son los del diagnóstico y tratamiento, en los que no se omiten ni los fundamentos ni la técnica y las indicaciones de los diferentes modos de proceder.

El libro todo está escrito con suma claridad, y si bien no es obra fundamental, prestará un servicio excelente al médico práctico para ponerse al corriente de los conocimientos actuales sobre la diabetes.

F. MARTÍN.

DER KREBS DES MENSCHEN, EINER MORPHOGENETISCHE UNTERSUCHUNG (El cáncer del hombre, Investigación morfogénica), por Eugen Bostroem (Giessen). Un tomo encartonado en 4.º, de 176 páginas, con 17 grabados. Editor G. Thieme, Leipzig, 1928, precio 12 R. M.

Los trillados caminos de la investigación anatómica exclusiva y las modernas experimentaciones químicas, en modo alguno conducirán al descubrimiento de la verdadera génesis del cáncer. El cáncer sería para el autor una enfermedad general del organismo cuyo síntoma más notable es la formación de la neoplasia, necesitada de un tratamiento más racional y científico que el actual. Partiendo de esta hipótesis de trabajo, revisa y critica Bostroem todas las teorías antiguas y modernas de la formación de los distintos tipos de neoplasias, para llegar a la conclusión, apoyada en los estudios morfogénicos por él llevados a cabo, y en las investigaciones bacteriológicas de Becker (Frankfort), de que se trata en el cáncer de una intoxicación crónica determinada por una toxina enterógena. En el curso de la enfermedad producen constantemente toxinas, y así se explican los fracasos de las extirpaciones quirúrgicas aun de las más completas. La *enfermedad cancerosa* y su síntoma la *formación neoplásica* requieren un tratamiento dirigido en el sentido de desintoxicar el organismo, único medio de conseguir efectos curativos duraderos. Las heces de los cancerosos contienen infinita cantidad de unas bacterias negativas al Gram, que cultivadas en medios especiales, sirven para preparar una vacuna mixta, la cual ha sido aplicada en los casos que brevemente se exponen, con resultado ciertamente sorprendente, pues el tumor ha desaparecido.

Basta con lo dicho para comprender el interés despertado en el lector, aun en el alejado de la especialidad, por elucidaciones y hechos experimentales que de confirmarse pueden tener transcendental importancia.

VALLEJO

Periódicos médicos.

BIOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Hormonas sexuales femeninas en la sangre, su cantidad y efectos biológicos, por el Dr. García Triviño.** — De todos los hechos expuestos pueden sacarse las siguientes conclusiones:

1.ª En la sangre circulante de la mujer no grávida el contenido de hormonas es prácticamente insignificante.

2.ª La sangre menstrual contiene hormonas, aunque en débil cantidad y concentración.

3.ª En la sangre de la mujer, durante el embarazo, se encuentran 2.000 unidades biológicas, aproximadamente.

4.ª Los efectos biológicos de estas sustancias son más

seguros y activos que las estudiadas por otros investigadores.

5.ª En la producción de esta enorme cantidad de sustancias activas sabemos ya que entran en juego el ovario, la placenta y el lóbulo anterior de la hipófisis, si bien este último sea indirectamente.

6.ª Estudios posteriores aclararán los otros órganos — quizá útero, feto, etc. — que intervienen en su producción. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 17 de Marzo de 1928)

2. **Relación de la urea en sangre y saliva, por los Dres. Adolfo Bergman é I. Barg.** — Después de un estudio experimental efectuado durante largo tiempo tanto en el hombre como en los animales, afirman los autores que cuando por cualquier motivo no se quiera ó pueda extraer sangre para hacer una dosificación de urea en el suero, es suficiente hacerla en la saliva.

El paralelismo entre los dos es tan evidente que los autores han seguido la tasa de urea en la sangre de sus enfermos por la dosificación de este cuerpo en la saliva, sin que ni una vez siquiera existiera la menor contradicción entre las dos cifras. (*La Semana Médica de Buenos Aires*, 19 de Enero de 1928.)

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Reacciones nuevas para el diagnóstico del cáncer y su utilidad clínica, por el Dr. K. Atzerod.** — El autor se lamenta de la poca seguridad que tienen todas las reacciones

propuestas para el diagnóstico precoz del cáncer, pues cuando se encuentra en período avanzado, es evidente su inutilidad. Muchas de las reacciones de diagnóstico del cáncer son de floculación y la dificultad principal de todas ellas consiste en que se tienen conocimientos sumamente escasos de la estructura química de las albúminas de la sangre y, por tanto, trabajamos con un material desconocido. El autor se dedicó a la comprobación de la albuminorreacción de Soranyi. Esta reacción tiene el atractivo de su sencillez, pues he aquí su técnica. Medio a un centímetro cúbico de suero sanguíneo (no importa que tenga algo de hemoglobina), se mezcla en un tubo de centrifuga con doce veces su volumen de solución salina fisiológica y se satura con sulfato amónico Merck hasta el 44 por 100 para precipitar las globulinas. Se deja la mezcla en reposo durante algún tiempo, que suele ser una media hora, pero no es preciso que sea exactamente este tiempo; se añaden 25 a 50 centigramos de caolín lavado y se centrifuga previa agitación a conciencia del tubo. Generalmente el líquido que queda por encima del precipitado de globulinas no es completamente transparente después de la primera centrifugación y hay que repetir esta operación previa nueva agitación. Cuando dicho líquido se encuentra transparente, ya está en condiciones de someterle a la reacción. Se toma un centímetro cúbico del mismo, que es una solución de albúmina, se pone en un tubito de ensayo y mediante un tubo capilar, para que no toque las paredes del de ensayo, se añade una gota del reactivo precipitante de la albúmina. Este reactivo es, bien una solución al 5 por 1.000 de ácido clorhídrico (referida al ácido concentrado químicamente puro), bien una solución al 10 por 1.000 de ácido acético (referida al ácido químicamente puro), ó bien una solución al 2 ½ por 1.000 de ácido sulfosalicílico. Si la solución de albúmina, por tanto el suero sanguíneo, procede de un enfermo de carcinoma, queda completamente transparente al añadir el reactivo; si procede de personas sanas ó de enfermos de otros procesos, se produce en dicho líquido un enturbiamiento ó un precipitado; esto depende del proceso que padeciera el enfermo.

En unas ciento cincuenta reacciones observó con gran frecuencia que en las paredes del tubo de centrifugación quedaban restos de caolín que al menor movimiento enturbaban el líquido, y decidió sustituir la centrifugación por la filtración, demostrando la experiencia que no había inconveniente en ello y que los resultados conseguidos no diferían de los obtenidos por el procedimiento originario. Los resultados obtenidos por el autor no coinciden, desgraciadamente, con los de Suranyi. En tanto que éste ha obtenido más del 90 por 100 de resultados positivos en enfermos de carcinoma, Atzerod ha obtenido, de 14 enfermos de carcinoma en diferentes estados, ocho resultados positivos y seis negativos. Los casos negativos se hicieron positivos cuando la cantidad de sulfato amónico se redujo á menos del 30 por 100, y en general, variando la cantidad de esta substancia, varió la intensidad de la reacción positiva. He aquí un caso tipo de carcinoma del cuello del útero. Con 25 por 100 de $(\text{NH}_4)_2\text{SO}_4 = ++++$; con 30 por 100 = $+++$; con 40 por 100 = $++$; con 44 por 100 = $+$; con 46 por 100 = $+$ (dudoso); con 47 por 100 = ligera opalescencia; con 48 por 100 = idem. Con más de 48 por 100 de sulfato amónico, todos los casos dieron resultado negativo. Por otra parte, en embarazadas sanas obtuvo varios casos de resultado negativo. De lo que resulta que la reacción no tiene utilidad clínica. El autor trató de hacer una comparación entre el resultado de esta reacción y la de sedimentación cuando se publicó un trabajo de Gross, titulado «Nuevas reacciones coloreadas en el suero sanguíneo». Tres gotas de suero sanguíneo, sin fenómeno de hemólisis, se mezclan con una á dos gotas de solución de indigomonosulfuro de sodio al 3 por 10.000. Si el suero era normal, adquiere color azul; si no lo era, vira en seguida al verde, y esto en los mismos casos en que se presenta aceleración de la velocidad de sedimentación. Sin embargo, en varios casos de tuberculosis cerradas y en uno de carcinoma del recto se produjo cambio de color sin aceleración de la sedimentación. Con solución de fuchina al $2\frac{1}{2}$ por 10.000 se observa un fenómeno semejante. El suero normal toma un tinte violáceo, en tanto que el de los enfermos conserva un color carmín. Con las soluciones diluidas de azul de metileno se observa lo mismo que con el indigosulfuro de sodio. El autor no ha podido confirmar la utilidad de esta reacción, pues el tránsito de un color á otro es tan suave, que queda un campo demasiado amplio á la apreciación subjetiva, y no conociendo al enfermo no se puede decir si se trata de un caso normal ó patológico. Tampoco han podido demostrar que corra parejas con la aceleración de la velocidad de sedimentación, ni que cuando difiere de ésta sea, como supone Gross, porque la reacción coloreada se hace positiva con más precocidad que la de sedimentación. (*Klinische Wochenschrift*, 3 de Junio de 1928)

2. **La investigación del tipo constitucional, problemas esencialmente clínicos, por el profesor F. Galdí.**—En una síntesis del estado actual del problema en Medicina y de sus futuros aspectos, el autor reafirma el concepto de De Giovanni que afirmó que el estudio del tipo constitucional, á causa de su aplicación exclusivamente particular é individual, tiene fines esencialmente clínicos.

Por esto aun cuando la biología analítica habrá recogido notables conocimientos sobre la materia sirviéndose de unos modernos métodos de investigación, será siempre labor del clínico formular la síntesis de los diferentes factores que darán á conocer la variante individual del sujeto en examen. (*Rinascenza Médica*, 1.º de Febrero de 1928, núm. 3). — Dr. R. COMENGE.

DERMATOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Nuevo concepto etiológico de la queratosis pilar, por el Dr. Roberto Quero.**—Resumiendo, podemos decir, que si bien es verdad que no puede de un modo definitivo aceptarse la queratosis pilar como una enfermedad de origen bacilar, al menos los hechos que á Milán han decidido á catalogarla como tal son bastante sugestivos.

Podrían alegarse en contra, razones de orden clínico, como anatomopatológicas, pero ya al comienzo de este artículo hace notar el autor el interés que de los hechos anteriormente expuestos se derivaban para incitar á estudio de este problema desde esos puntos de vista. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 25 de Marzo de 1928.)

2. **Incisivos laterales y heredosifilis, por el Dr. Eduardo Ledo.**—La agenesia de los incisivos laterales superiores debe reputarse como un signo excelente para el diagnóstico de la heredosifilis, recordando siempre la proporción crecida de positividad que acusa el examen de la sangre.

La ausencia aparente de dichas piezas dentarias estima representa un indicio serio que debe hacer pensar al médico en la investigación de la infección de los padres ó demás ascendientes.

Como manifestación más atenuada tal vez, encontramos aquellos casos en los que un tamaño menor, un vicio de implantación, una anomalía de forma, pueden descubrirnos una sífilis acaso remota, y que sólo en esta forma haya señalado su influencia, pero que en los padres puede conservar alguna virulencia no inútil de descubrir y apagar; esto, sin contar con los más frecuentes, en los que estas anomalías asientan en heredos de primera generación, para los cuales constituye el hecho de despistar su tara la clave de tratamiento de dolencias que antes resistieron tenazmente á otras medicaciones. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 12 de Mayo de 1928.)

UROLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Hidronefrosis hematórica, por el Dr. P. Cifuentes.**—Este caso enseña la dificultad del diagnóstico de una hidronefrosis basado en los pocos síntomas que á veces proporcionan, y el gran valor que la pielografía tiene para ello, como en esta enferma se demostró. Además, aunque el síntoma hematuria no es constante en la hidronefrosis, es un hecho de posible presentación, y cuando tal ocurre hará dudoso el diagnóstico en un principio, que sólo con exploraciones lo más completas posibles podrá ser conocido antes de la operación. (*Revista Española de Cirugía y Urología*, Marzo de 1928.)

2. **Los focos seminovesicales y prostáticos en la supuración pelviana, perirrectal é isquiorrectal en los varones, por el Dr. J. H. Morrissey.**—Parece que la notable proporción de abscesos perineales en el hombre es tan significativa como la supuración pelviana en la mujer. Parece que ambos estados son análogos, diferenciándose únicamente en la relativa posición extra é intraperitoneal de los diversos focos. Lo mismo que la supuración pelviana y la celulitis con adherencias y esclerosis subsecuentes constituyen el cuadro de la infección uterina, tubaria y ovárica en la mujer, así también las infecciones prostática, periprostática, pelvirrectal superior y perirrenal en el hombre son fruto de una propagación relativamente constante de la infección á dichas zonas.

El absceso isquiorrectal parece ser menos susceptible de

figurar como causa, pero la relación entre las fosas isquiorrectales y la próstata, junto con el trayecto de la aponeurosis pelviana y los linfáticos, concede más significación á esa etiología. El tratamiento encaminado á la evacuación debe comprender el desagüe completo de la región vesical y prostática, para lo cual debe emplearse una incisión perineal curva y drenar al mismo tiempo las dos fosas isquiorrectales. Las indicaciones son manifiestas en los abscesos profundos. La desaprobación general de los urólogos hacia la prostatectomía perineal no nos exime de la responsabilidad que nos incumbe en una supuración intraperineal oculta, probablemente de origen genital, ni de la necesidad de atenderla de un modo correcto y adecuado. (*The Journal of the A. M. A.* 1 IV, 1928.)

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Fimosis y circuncisión, por el Dr. J. Comby.** —Entiende el autor por fimosis un prepucio no solamente largo, sino adherente al glande, con un meato puntiforme é irreductible, el cual dificulta la micción.

En estos casos la circuncisión es necesaria, pero fuera de ellos, esta operación, según el Dr. Comby, es inútil y debemos abstenernos de su práctica.

Entre los niños que se presentan con un prepucio más ó menos largo y adherente y á los cuales se había decidido operar, de cada 10 casos, nueve pueden ver reducido su defecto por procedimientos médicos sin necesidad de recurrir á los quirúrgicos. El procedimiento que emplea este autor consiste en efectuar tracciones suaves, pero repetidas, del prepucio, estando el enfermo en decúbito dorsal, las cuales irán dilatando el meato hasta hacerle rebasar el glande. De no existir adherencias muy firmes, el procedimiento resulta siempre, más inútil que la práctica quirúrgica. Si las adherencias impiden la salida completa del glande, está indicado liberarle de ellas con una sonda acanalada, previamente esterilizada.

Si el meato no se ensancha bajo la influencia de las tracciones manuales, se le dilatará con la ayuda de una pinza hemostática limpia.

Sea la que quiera la longitud del prepucio, si juega libremente en derredor del glande y puede ser vuelto sin dificultad, ningún acto fisiológico estará comprometido ni existirá peligro venéreo de ninguna especie.

Sin embargo, un prepucio largo y un orificio prepucial estrecho, pueden ser obstáculo á la micción, exponer á la disuria y dificultar ó impedir los cuidados de limpieza.

Del acúmulo de secreciones en el surco balanoprepucial puede resultar á veces una inflamación del glande y de la mucosa prepucial, una supuración más ó menos abundante, una perifimosis con estrangulamiento en la base del glande. Todos estos accidentes serán prevenidos con cuidados atentos y en su defecto por la circuncisión.

Thompson, urólogo inglés, dilata el prepucio en todos los casos y proclama la inutilidad de la circuncisión. Otros varios autores, como Rosseau, Saint-Philippe, Hamilton, Middleton y alguno más, son de opinión semejante á la de Thompson y á la del autor de este trabajo.

La dermatitis prepucial, una de las variadas formas de la complicación producida por la descomposición amoniacal de los acúmulos secretorios bajo un fimosis acentuado, da á esta parte del pene un aspecto inflamatorio, con gran aumento de su volumen normal que le da apariencia de seta, sembrado de fisuras y excoriado. Esta forma clínica es la

que ha recibido también con cierta frecuencia el nombre de balanitis crónica.

La úlcera del meato presenta grados múltiples; la lesión ulcerosa oscila entre una ligera oscilación y una úlcera que ocupa la mitad de la superficie del glande, herida la mayoría de las veces consecutiva á la circuncisión.

El fimosis puede ser congénito ó adquirido. Se entiende por fimosis adquirido las alteraciones inflamatorias crónicas, resultado de la irritación del fondo de saco prepucial por la estancación de la orina y del amegma. El edema de irritación amoniacal puede causar un fimosis temporal, que cesa cuando la causa desaparece. Las adherencias sea cualquiera su intensidad, producen otra variedad de fimosis. Las adherencias de causa inflamatoria, dejan después de su separación una de glande lacerada é irregular y las de origen congénito son resultado de una incompleta separación entre el glande y el prepucio.

El fimosis adquirido se observa sobre todo en el adulto por retracción incompleta del prepucio y falta de limpieza, infección y á veces litiasis prepucial.

En el recién nacido existen tres formas de prepucio no desligable: 1.ª, fimosis verdadero, cuando la estrechez infranqueable del orificio prepucial hace imposible la retracción de éste ó determina para fimosis; en este caso la circuncisión está indicada.

2.ª Prepucio adherente debido á adherencias balanoprepuciales, que si se libran, permiten fácilmente la salida del glande. En este caso, más frecuente que el anterior, será suficiente la liberación de las adherencias sin necesidad de recurrir á la circuncisión.

El 3.º es el fimosis adquirido que es raro en estos años primeros de la vida y el cual será debido á las causas ya expuestas más arriba.

La balanitis aguda sin fimosis, no se ve más que hasta antes de los dos años, y es debida á infección por dedos sucios, gonococia, etc.; en estos casos hay con frecuencia que recurrir á la práctica de la circuncisión.

Las indicaciones más claras de circuncisión son según los médicos escoceses las siguientes:

1.º Fimosis verdadero.

2.º Para fimosis.

3.º Balanitis agudas de repetición, y las contraindicaciones la irritación amoniacal, prepucio adherente sin fimosis, enuresis, ciertas anomalías locales (pene plano, pene minúsculo, hipospadias, etc.).

Profilaxia. Todo niño deberá tener el prepucio separado del glande en la primera quincena de la vida. El papel del que asista al parto consistirá en este sentido en liberar todas las adherencias balanoprepuciales, pasando una sonda en derredor del glande. En los casos en que no se puedan vencer estas adherencias queda pensar en la circuncisión. (*Le Bulletin Medical*, 14 de Abril de 1928.) Tomé.

CIRUGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Las lesiones de los nervios periféricos asociadas con fracturas de guerra, por J. González-Aguilar.** — El resumen de las observaciones presentadas por los autores es el siguiente:

Las lesiones de los nervios periféricos, asociadas con fracturas de guerra, ofrecen una gravedad muy superior á los casos análogos de la práctica civil.

Los resultados obtenidos con el tratamiento tardío de estas lesiones, son muy poco brillantes (25 por 100 de curaciones ó mejorías).

Instituto de Biología y Sueroterapia

IBYS

M A D R I D

Bravo Murillo, 45. ☒ Apartado 897. ☒ Teléfono 34.824

Dirección telegráfica y telefónica: «IBYS»

Director técnico: EXCMO. SR. D. J. DURAN DE COTTES

VACUNA B. C. G.

**VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA
EN LA PRIMERA INFANCIA POR EL METODO DE
B. CALMETTE Y GUERIN**

Siendo de gran interés el poder obtener estadísticas numerosas en España, respecto á este método nuevo de vacunación, ponemos gratuitamente á disposición de los señores médicos-tocólogos, que la soliciten, dicha vacuna, así como los folletos instructivos para su aplicación y las fichas para que cada caso sea observado el tiempo necesario.

DE INTERÉS CIENTÍFICO

Pídanse muestras y literatura al Instituto "IBYS"

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

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

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.



ARTHRI-SEL

Cura hidro-mineral de régimen.
Elimina el exceso de sales
úricas por gran lavaje del
organismo.

Disuelve y elimina todos
los productos de desasimi-
lación.

FORMÚLESE:

Una caja de Arthri-Sel, un paquetito
al día en un litro de agua.

J. BOILLOT & C^{ie}.
PARIS



Solicítense muestras al Depositario general:
RAMON SALA.—París, 174.—Barcelona.

HIGIENE Y SALVAGUARDIA
DEL

HIGADO

POR LA

BOLDORHEINE

Insuficiencias hepáticas ligeras
en todas sus formas
con o sin ictericia con o sin litiasis
Higado paludeno

USO
En capsulitas ovales en las comidas
con un poco de agua

DOSIS
2 a 4 diarias por periodos
alternos de 8 a 10 días

Laboratoire de Pharmacologie Générale. 8, Rue Vivienne. PARIS.

OXYGENASE

Lleva al
Organismo
para su defensa
y su mejor
funcionamiento
una selección racional
de catalizadores
minerales
y

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artrismo
Tuberculosis

Dosis
6 grageas diarias
o sea, dos antes
de cada comida

VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne. PARIS (2^a)

Es de esperar que las intervenciones precoces mejoren el pronóstico de esta clase de heridas. (*Archivos de Medicina, Cirugía y Especialidades*, 11 de Febrero de 1928.)

2. Quistes hidatídicos en los huesos largos, por el Dr. Joaquín Trias Pujol.—Por lo que se refiere á la terapéutica de esta enfermedad, pueden, según el autor, emitirse las siguientes conclusiones:

1.^a Que para toda curación radical, aparte de efectuar un vaciamiento completo de la diáfisis, debemos buscar á toda costa el foco epifisario que constituye la lesión primaria.

2.^a El poder osteogénico del hueso y toda su vitalidad, se recupera después del tratamiento adecuado, como lo prueba el haberse conservado el injerto implantado en el caso 1.^o y el haberse consolidado la fractura operatoria producida en el 2.^o

3.^a La acción del salvarsán y la radioterapia profunda, preconizados por algunos autores, resultan todo lo más de acción dudosa.

4.^a La extirpación incompleta es ineficaz; y si la intervención produce despegamientos de partes blandas, puede la intervención ir seguida de siembras, aunque el cirujano tenga la precaución de bañar el campo operatorio con éter ó solución formolada.

5.^a En los casos no supurados ó con pus estéril, cabe rellenar las cavidades con injertos ó masas de empaste, cerrando la herida para obtener una cicatrización por primera intención. (*Boletín de la Sociedad de Cirugía de Barcelona*, Noviembre 1927.)

3. Contribución al tratamiento de las fracturas de la extremidad superior del húmero con presentación de un aparato original, por el Dr. Luis Bosch Avilés—De todo lo expuesto podemos deducir:

1.^o Que todas las fracturas de la extremidad superior del húmero con gran desviación de los fragmentos serán tratadas por la extensión continua en abducción y rotación externa.

2.^o Que el aparato á emplear para su tratamiento, debe reunir la condición de poder elevar el brazo hasta la vertical y de que permita una fuerte extensión.

3.^o En el caso de penetración de los fragmentos en buena posición, no es necesario emplear ningún aparato, y si sólo un vendaje contentivo durante pocos días.

4.^o Si la fractura está enclavada en mala posición y es un enfermo joven, procuraremos por todos los medios desenclavarle y tratarle como una fractura de fragmentos libres; pero si el paciente es un viejo, prescindiremos de la deformación y lo trataremos como si ésta no existiera. (*Boletín de la Sociedad de Cirugía de Barcelona*, Enero de 1928.)

4. Estado de la cirugía biliar basado en el estudio de catorce mil ejemplares, por el Dr. Stanley H. Mentzer.—En este estudio se examinó á 12.499 vesículas quirúrgicas y 1.647 autópsicas.

Tres por ciento de los ejemplares quirúrgicos revelaron colecistitis aguda, 1,3 por 100 pericolecistitis, 4,5 por 100 colecistitis subaguda y 91,4 por 100 colecistitis crónica.

Hubo cálculos en 57 por 100 de los casos quirúrgicos y en 20 por 100 de los ejemplares autópsicos.

Descubrióse colestrosis en 22 por 100 de los ejemplares quirúrgicos y en 37 por 100 de los autópsicos; la mitad de los primeros y como la tercera parte de los últimos también contenían cálculos.

Hubo empiema agudo de la vesícula biliar en 2,6 por 100 de los casos quirúrgicos.

Durante el veintenio comprendido en este estudio, la frecuencia anual de esas lesiones ha permanecido en el fondo idéntica en los ejemplares quirúrgicos,

En la Clínica Mayo la colecistostomía representó 55,7 por 100 de las operaciones vesiculares en 1906, y sólo 4,3 por 100 en 1926.

CONCLUSIONES

1.^a La cirugía vesicular se halla bastante bien estabilizada en la actualidad.

2.^a La colecistectomía comprende como 90 por 100 de las operaciones realizadas hoy día en la vesícula biliar.

3.^a En la colecistopatía, la cirugía debe basarse en los síntomas clínicos más bien que en las alteraciones patológicas locales.

4.^a Hay indicaciones bien definidas para salvar, siempre que sea posible, la vesícula biliar, en particular en la obstrucción del colédoco y ciertas hepatitis y pancreatitis. (*The Journal of the A. M. A.*, 1.^o de Abril de 1928.)

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nuevo método de esterilización y de cicatrización de las heridas, por el Dr. Chevrier.—Dos líquidos han sido empleados preferentemente durante la gran guerra para el tratamiento de las heridas: la solución Ringer-Locke y la solución Dakin. Con la primera, las heridas adquieren una vitalidad manifiesta y se activa la proliferación de mamelones carnosos, cesando la supuración y declarándose la cicatrización, pero no es una substancia antiséptica, sino que obra por una acción de isotonía, necesaria para la vida celular, y por las condiciones minerales del medio, también de gran importancia. El papel del calcio, por ejemplo, ha sido bien puesto en evidencia por los fisiólogos en sus experiencias sobre la circulación artificial; y es posible que su papel no sea menos importante en el fenómeno de la reparación de las heridas.

La solución Dakin, empleada contra la infección, goza de un poder antiséptico grande debido al cloro libre que contiene, pero no carece de inconvenientes, obteniéndose rara vez isotónico y siendo susceptible de provocar hemorragias postoperatorias por su manifiesta acción proteolítica sobre el catgut y sobre la seda.

El Ringer-Locke obra por sus efectos fisiológicos y el Dakin por sus cualidades bactericidas.

Ahora bien; el autor preconiza un líquido que posee las ventajas fisiológicas de la solución Ringer-Locke y un poder bactericida análogo á la solución Dakin. Dicho líquido se obtiene mediante la electrolisis de la solución Ringer-Locke efectuada bajo una tensión conveniente y con una densidad anódica suficiente para dar nacimiento en el seno mismo del líquido á un bloque oxidante que le confiere un poder bactericida considerable. Este bloque oxidante está constituido, de una parte, por el ozono desprendido á favor de la corriente cuya intensidad anódica es elevada y, de otra parte, por el cloro de los hipocloritos procedentes de los cloruros.

En la práctica, se sumerge en un baño de la solución de Ringer-Locke la parte del miembro, ó el miembro, ó el cuerpo entero que se trata de esterilizar y de cicatrizar, procediendo en seguida á la electrolisis y teniendo buen cuidado de que el enfermo se halle bien aislado de la tierra.

El poder antiséptico de la solución así electrolizada se mantiene constante durante todo el tiempo de la electrolisis y es independiente de la acción reductora ejercida por la epidermis, los tejidos, los exudados diversos y el pus. La producción de ozono es, en efecto, constante y los cloruros procedentes de los hipocloritos reducidos son regenerados constantemente por la acción oxidante de la corriente. Las sesiones durarán alrededor de una hora,

Este procedimiento de esterilización y de cicatrización de las heridas por electrolisis difusa de un suero fisiológico, ha dado al autor excelentes resultados en una treintena de heridas átonas y notablemente en úlceras varicosas anchas y antiguas que han curado en un plazo de quince á cuarenta y cinco días sin abandonar las ocupaciones. Dos piodermitis, de las cuales una databa de más de un año, han curado en tres sesiones. Dos fisuras de ano han cicatrizado, la una en dos días y la otra en cinco.

Cuando las heridas estén muy sucias y sean anfractuosas y de limpieza difícil se empleará durante las dos ó tres primeras sesiones un baño hipertónico que hace desaparecer más rápidamente las impurezas probablemente por ósmosis. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, de París, núm. 42, 27 de Diciembre de 1926.)—T. R. Y.

MEDICINA INTERNA EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Absceso pulmonar y gangrena pulmonar, por el Dr. B. S. Kline.**—El absceso pulmonar y la gangrena pulmonar son afecciones distintas. Sin embargo, á pesar de sus características definitivas, se consideran por lo general y se tratan como una sola enfermedad.

El absceso pulmonar, sin relación con focos de supuración en alguna otra parte del organismo, es de forma aspiratoria y ofrece un pronóstico mediano.

La gangrena pulmonar es relativamente una afección mucho más grave, y se produce con más frecuencia de lo que se cree por lo general.

Existen datos experimentales y anatómicos concluyentes de que la gangrena pulmonar se debe á un grupo de microbios, en especial los espiroquetos, los bacilos fusiformes y los vibriones, aspirados de la cavidad bucal. (*The Journal of the A. M. A.*, 2 de Julio de 1928.)

2. **La espiroquetosis brónquica, por el Dr. Pablo Barlaro.**—La espiroquetosis es una afección poco conocida, por lo menos no se le ha dado la difusión que merece; esto es y ha sido causa de numerosos errores de diagnóstico.

La investigación de la espiroqueta en los esputos es el punto de arranque del diagnóstico, ya que el examen somático del sujeto poco nos puede revelar.

En este sentido recordemos que existen muchos métodos de coloración, y que si bien unos son partidarios del Fontana-Tribondeau, otros prefieren el violeta de genciana fenicado, en caliente, que nos da bellas coloraciones; tiene además la ventaja de colorear los bacilos fusiformes.

El ultramicroscopio puede emplearse también, los cultivos, bajo aceite en medios especiales, y la inoculación al cobaya, en la mucosa nasal.

En cuanto á pronóstico, puede decirse que en general es benigna la espiroquetosis, salvo raras excepciones; los casos evolucionan hacia la curación, ó si se hacen crónicos, hacen una evolución tan larga que puestos los enfermos en buenas condiciones, mejoran de inmediato.

Los medicamentos que parecen dar resultados son el arsénico, bajo forma de novarsenol (0,15 á 0,45), ó estovarsol por boca (0,50 por día durante diez días), el tártaro estibiado, 3 á 12 centigramos por día, ó el yoduro de potasio, lipiodol, yodipina, etc. (*La Prensa Médica de Buenos Aires*, 10 de Junio de 1928.)

3. **El escorbuto en relación especial con el adulto, por el Dr. George C. Shattuck.**—Los puntos diagnósticos cardinales, en 17 adultos con escorbuto, según los registros del Hospital de la ciudad de Boston, fueron:

1. Equimosis extensas y dolorosas que abarcaban las piernas.

2. Hinchazón de las encías en pacientes que tenían dientes.

3. Falta de alteraciones sanguíneas características de púrpura hemorrágica (es decir, disminución notable de las plaquetas sanguíneas, prolongación de la hemorragia y falta de retracilidad en el coágulo sanguíneo).

4. Historia indicativa de deficiencias en el régimen. (*The Journal of the A. M. A.*, 2 de Julio de 1928.)

4. **Aplicaciones terapéuticas del tubaje duodenal, por el Dr. E. S. Guzmán Barron.**—La sonda duodenal debe formar parte del arsenal terapéutico.

Este método encuentra su mejor indicación en el tratamiento de las ictericias infecciosas.

Se debe emplear la sonda en el tratamiento de la atonía vesicular, en cuyo caso las inyecciones de extracto de lobuloposterior de hipófisis parecen de gran valor, como excitantes de la contracción vesicular.

El drenaje médico por la sonda presta colaboración en el tratamiento de las colecistitis subagudas y crónicas y de las colelitiasis en período latente, siempre que no haya obstrucción del colédoco.

En el tratamiento de la úlcera gastroduodenal puede ser empleada la sonda para procurar el reposo absoluto de la úlcera, en la administración de la alimentación duodenal. (*La Crónica Médica*, Perú, Febrero 1928.)

5. **Peritonitis tífica sin perforación intestinal, por el Dr. R. Armas Cruz.**—Hay casos indudables de peritonitis tíficas, sin perforación intestinal, cuyo cuadro es exactamente igual al de las que sobrevienen cuando se producen rupturas de órganos abdominales. Uno de ellos sería nuestra observación.

La frecuencia de este accidente es muy escasa y su patogenia es todavía oscura é insuficientemente estudiada.

Las modificaciones clásicas de la temperatura, del pulso y de la facies no son síntomas en los cuales se puede fundar un diagnóstico seguro, precoz y, por consiguiente, útil, de peritonitis ó perforación. (*Revista Médica de Chile*, Junio 1928.)

6. **Los derrames pleurales de los cardíacos, por el Dr. Juan Raúl Goyena.**—El derrame enquistado supradiaphragmático, como el derrame libre de la gran cavidad, repercute sobre el corazón, ya enfermo, por diversos mecanismos, dificultando siempre su funcionamiento. Besson ha insistido sobre ello haciendo notar que la compresión del derrame sobre la parte sana del pulmón, es decir, sobre la porción del órgano que no ha sido alcanzado por la estasis sanguínea, determina un aumento de presión en la pequeña circulación; si á ello se agrega que la paresia del diafragma contribuye al mismo resultado, se comprende que el trabajo del ventrículo derecho, sobrecargado ya é insuficiente como consecuencia de la cardiopatía original, ha de verse más dificultado aún, lo que explica el fracaso de la medicación tonicardíaca á que me he referido anteriormente y sobre la que tanto han dicho Lepine, Huchard, Barié y Gouget.

En algunos casos, cuando el derrame alcanza un gran volumen, la acción mecánica de compresión efectuada por el mismo puede llevarse directamente sobre la aurícula derecha, aumentando, por este hecho, el obstáculo á la circulación venosa de retorno.

Por último, y sobre ello insistió Merklen, puede conseguirse la evacuación del derrame y la mejoría del estado cardíaco, pero la sínfisis pleural que queda como reliquia de este episodio, repercutirá más tarde sobre el corazón y lo llevará nuevamente á la asistolia.

OPOTERAPIA HEMÁTICA

el JARABE y
el VINO

DESCHIENS

á la Hemoglobina pura

Admitidos en los Hospitales de París

Proporcionarán á los
Médicos resultados que
agradecerán sus enfermos

DOSIS :

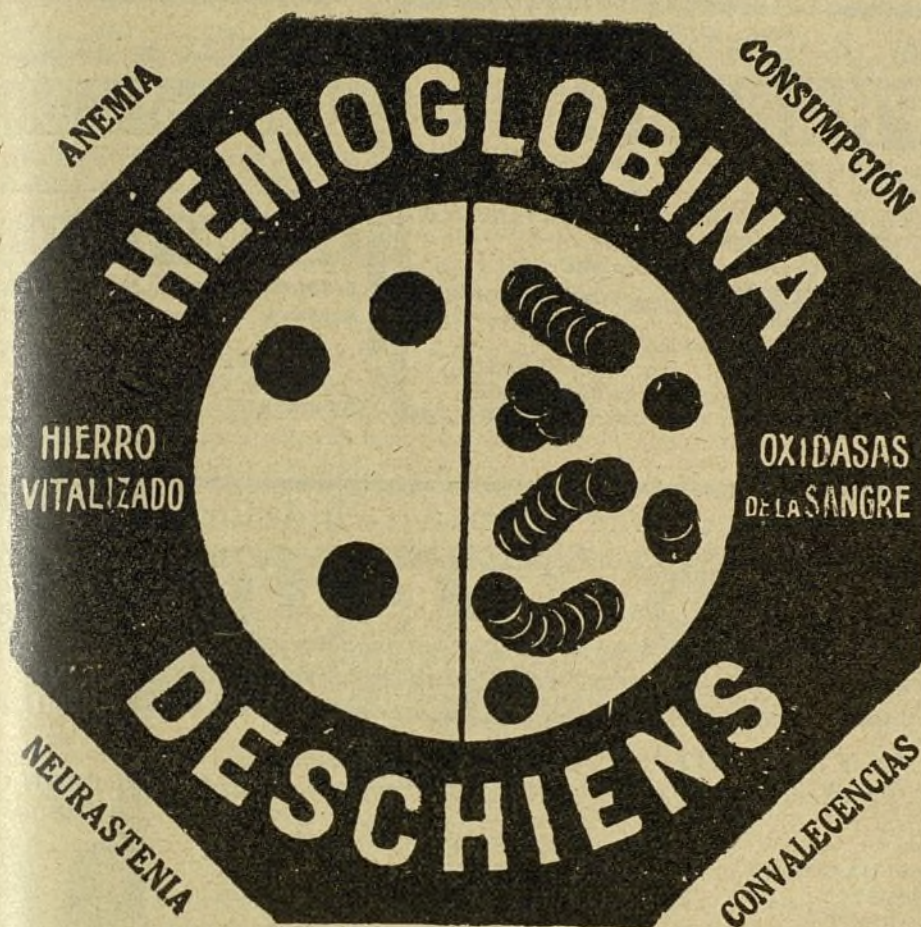
Jarabe : Una cucharada de las de
sopa en cada comida.

Vino : Un vaso de madere en cada
comida.

SUSTITUYE LA CARNE CRUDA
Y EL HIERRO

Laboratorios Deschiens,
9, Rue Paul-Baudry, Paris

Agentes para España :
JIMENEZ-SALINAS y Cia. Sagüés, 2 y 4, Barcelona S-B



Productos

Zambeletti

Yodatogen Zambeletti. Yodo soluble-atómico-naciente.

Para gargarismos, colutorios en la angina, tonsilitis, estomatitis, faringitis, lavaje de llagas, para lavados vaginales, dentífrico, etc.

Suero artificial yodado con guayacol Zambeletti.

Fórmula Durante modificada (intramuscular).

Escrófula, linfatismo grave, adenopatías crónicas de cualquier naturaleza y asiento, tuberculosis ósea, sífilis terciaria, etc.

MADRID Mayor, 4. — Teléfono 19.614.



L. LEPORI

VIA LAYETANA 15 · BARCELONA

Granulos de Catillon

0,001 EXTRACTO NORMAL de **STROPHANTUS** 0,001 EXTRACTO NORMAL

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889. Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES, Cardiopatías de los NIÑOS y ANCIANOS, etc. Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia.

GRANULOS DE CATILLON 0,0001 **STROPHANTINE** CRISTAL TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

NO DIURÉTICO. — TOLERANCIA INDEFINIDA

Muchos Strophantus son inertes, las tinturas son ineficaces; exigir la firma CATILLON, Miembro de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine", Medalla de Oro, 1900, París, 3, Boulevard Saint-Martin

Tabletas de Catillon

YODO-THYROIDINE

OBESIDAD, MIXEDEMA, HERPETISMO, PAPERAS, etc.

PEPTONA CATILLON

En POLVO, SUPERIOR, PURO, INATENABLE

Alimento de los Enfermos que no pueden digerir

EXIGIR LA FIRMA CATILLON

Laureado por la Academia de Medicina de París

Medalla de Oro, 1900, París, 3, Boulevard Saint-Martin

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

Poderoso Estimulante de la Hematopoyese y de la Fagocitosis

EN AMPOLLAS 5 CENTI-CUBOS

GRIPE TUBERCULOSIS PALUDISMO NEOPLASMA NEURASTENIA CONVALESCENCIAS

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas.
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

Agente G^o para España **FERNAND BEJAR**, 173, ALCALA, MADRID, 9.

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, CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.

FORMAS FARMACÉUTICAS :
Inyecciones Ampollas de 1, 2, 3 y 5 cc.
Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde químicamente a 0 gr. 71 de K. I.
Cápsulas : 0 gr. 20 de yodo puro por cápsula (2 a 3 por término medio por 24 horas).
Emulsión : 0 gr. 20 de yodo por cucharadita pequeña.
Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL LAFAY

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES

Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

Giménez-Sallinas y C.^a, Sagüés, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

Islas Canarias: B. APOLINARIO. Farmacéutico, Las Palmas

De lo dicho se desprende el gran interés clínico que tiene este derrame y la importancia pronóstica y terapéutica de su diagnóstico. Hecho éste y practicada la toracentesis es de esperarse un gran alivio del enfermo y una acción efectiva de la medicación tendiente a sostener al corazón. (*La Semana Médica de Buenos Aires*, 28 de Junio de 1928.)

7. Contribución al estudio de la colecistografía en el diagnóstico de las vías biliares y digestivas, por el doctor Alfredo G. Domínguez.—La colecistografía al igual que el examen por el bario del tractus digestivo, ha venido a revolucionar nuestros conocimientos fisiológicos, y sobre todo patológicos de las vías biliares.

La vesícula como consecuencia de múltiples procesos patológicos, puede encontrarse en las más variadas posiciones, psoica, hacia la derecha del cuadrante superior, llegando algunas veces hasta la misma cresta ilíaca; de aquí á mi juicio, la necesidad de someter los enfermos del tractus digestivo á un examen completo del mismo, antes de decidirse por una intervención. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, 10 de Febrero de 1928.)

TERAPEUTICA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Insulinorresistencia y diabetes por neutralización, por P. Mauriac y E. Aubertin.—Los efectos producidos por la insulino-terapia en la diabetes ofrecen variaciones muy amplias y diversas que dependen no sólo de la cantidad y calidad del producto inyectado, ni de la intensidad de la enfermedad y tenor del régimen en hidratos de carbono, sino también de las disposiciones individuales de cada sujeto. Tales variaciones, en general, no suelen sobrepasar de ciertos límites, pero existen, sin embargo, algunos casos en los que es tan difícil obtener resultados, que puede muy bien hablarse con justa razón de insulinorresistencia. Esta ha sido observada principalmente en trastornos glandulares diversos, en infecciones agudas generalizadas y en los comas diabéticos, así como también en otros varios casos en los que la resistencia no ha podido ser relacionada con ninguna alteración patológica apreciable. Para explicar este fenómeno se han emitido diferentes hipótesis: acción inhibitoria, ó antagonista suscitada contra la propia acción de la insulina por los centros nerviosos reguladores del metabolismo hidrocarbonado; trastorno de la función glicogénica del hígado; acción antagonista y neutralizadora de la acción de la insulina por un sistema glandular que comprende la hipófisis, el cuerpo tiroides y las suprarrenales, puesto que la experimentación y la clínica ponen de manifiesto que cada una de las tres glándulas precedentes pueden desempeñar un papel hiperglicemiante inverso del hipoglicemiante del páncreas. Pero es posible que el verdadero mecanismo de la insulinorresistencia no consista en una neutralización de la acción de la insulina, sino más bien en una neutralización de la insulina misma. Se trata, en efecto, de una substancia muy inestable sobre la cual se dejan sentir *in vitro* con una gran sensibilidad las reacciones de absorción, propiedad que ha sido utilizada con el objeto de exaltar ó de amortiguar la acción del medicamento. En la acidosis se produce una verdadera revolución de la química biológica del organismo y es posible que se produzcan ciertas reacciones de absorción que paralicen en parte la insulina administrada. Además la insulina es neutralizada tanto *in vitro* como *in vivo* por la mayoría de los jugos digestivos y especialmente por la tripsina contenida, como se sabe, en el jugo pancreático. Esto ha sugerido á Ebstein y otros una hipótesis seductora acerca de la fisiología de la secreción interna del páncreas, se-

gún la cual la secreción externa de esta glándula controlaría normalmente á la secreción interna, explicándose la posibilidad de estas interreacciones por la proximidad estructural de las células zimogénicas y de las células insulares del páncreas. Según esto la diabetes no sería debida sino á una inactivación anormalmente elevada de la insulina por la tripsina.

Esta hipótesis permite establecer relaciones entre las variaciones de la sensibilidad para la insulina y las formas intermitentes de la diabetes que habían llamado la atención á Cl. Bernard. En efecto, las fluctuaciones en la evolución de la diabetes eran consideradas como la traducción funcional de las fases evolutivas de las lesiones del páncreas; pero son numerosos los casos de diabetes en los que las investigaciones más minuciosas no permiten descubrir la menor lesión de este órgano, por lo que es posible que en estos casos no se trate de un déficit anatómico de los islotes de Langerhans, sino de una inactivación de la hormona que ellos segregan, explicándose las variaciones evolutivas por variaciones en la intensidad de la neutralización. Se concibe que cuanto más importante sea la neutralización, más disminuirá la tolerancia para los hidratos de carbono y más insulina hará falta inyectar. En resumen, los casos de diabetes resistentes a la insulina prueban que a insuficiencia de la secreción interna del páncreas no basta para explicar todo el síndrome diabético, existiendo sin duda muchos individuos diabéticos cuyo páncreas funciona normalmente, pero cuya secreción pancreática interna es reducida á la impotencia; es decir, que aparte de los casos de diabetes de origen nervioso, hipofisario, tiroideo, suprarrenal y hepático y al lado de las diabetes por insuficiencia de la secreción interna del páncreas, existen diabetes por neutralización de esta secreción cualesquiera que sean, por otra parte, los modos, probablemente múltiples, de tal neutralización. Cuando la neutralización cesa, la hormona pancreática ejerce libremente su acción y la diabetes desaparece; así se explican las diabetes intermitentes. (*La Presse Médicale*, núm. 104, 29 de Diciembre de 1926) —T. R. Y.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El tacto en Obstetricia, por el Dr. J. Luis de Echevarría.—Sabido que con gran frecuencia el dedo del tocólogo ó de la comadrona es la causa de la temida infección puerperal; el tacto debe ser durante el parto el último procedimiento exploratorio que deba emplearse y sólo se recurrirá á él cuando todos los demás métodos hayan fracasado ó sólo nos den una probabilidad de diagnóstico y pronóstico que no nos satisfaga.

Ya que no se puede abolir el tacto, á los médicos y á las comadronas se les debe aconsejar que sea hecho contadas veces, siguiendo las más escrupulosas leyes de la asepsia, considerándolo como preliminar de una operación de gran responsabilidad y siempre haciéndolo con guante de goma esterilizado.

Al especializado, salvo los casos difíciles, se le debe prohibir la práctica del tacto vaginal durante el trabajo de parto, pues debe conocer otros métodos de exploración para saber la normalidad ó anormalidad de un proceso fisiológico con el que debe estar familiarizado.

El tacto debe ser digital y preferiblemente rectal, por ser menos expuesto á infecciones.

Debemos llevar al convencimiento de nuestras embarazadas que para evitar que sean tactadas durante el parto deben hacerse reconocer durante el embarazo y que no deben

oponerse al tacto rectal por ser más conveniente para su salud.

El tacto manual, salvo rarísimos casos y aparte de cuando hay necesidad de operar, en el que constituye su primer tiempo, debe ser proscrito y nunca debe ser hecho sin anestesia.

Antes de todo tacto deben rasurarse los pelos del monte de Venus y genitales externos, desinfectar éstos y procurar que la mujer evacue su vejiga urinaria.

El tacto vaginal, cuando haya necesidad de practicarlo, no debe ser de larga duración, pero tampoco tan breve que no nos dé la garantía de haber encontrado, gracias á él, el diagnóstico que pretendíamos adquirir.

El tacto uterino, como la dilatación forzada (en el parto normal) del orificio uterino, es condenable y sólo indica prisas.

Para que el médico deba pedir al tacto lo que le puede dar, precisa que le sea enseñado prácticamente en los hospitales, maternidades ó Facultades de Medicina y no debe ser expedido ningún título á nadie que no haya practicado un tacto vaginal ó rectal.

La profilaxis de la fiebre puerperal tiene su base en el mínimum de exploraciones vaginales internas cuando la mujer se halla en trabajo de parto. (*La Clínica*, Enero 1928.)

2. Embarazo abdominal primario, por el Dr. E. R. Furgason.—Las condiciones que condujeron al diagnóstico de «embarazo primario» se cumplieron de lo mejor en este caso: á saber, inserción en la pared anteroabdominal, diafragma y colon transversal por arriba, y á la pared posteroabdominal y á los intestinos abajo. En lo tocante á inserciones, el útero con sus anexos se encontraba indemne.

Es posible que la enferma y el médico de familia se confundan, si ven restablecerse las reglas normales á término.

Conviene laparotomizar á todas las enfermas que tengan una historia de ese género, si no pasan al parto, pues puede salvarse así la vida del feto y quizás de la madre.

Debe concederse mucha más atención á los exámenes vaginales, pues por los resultados de ellos fué que se hizo el diagnóstico.

Los rayos X son por supuesto valiosos en esos casos. (*The Journal of the A. M. A.*, vol. 19, núm. 5, año 1928.)

OFTALMOLOGIA

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Tratamiento incruento del glaucoma inflamatorio por el Dr. F. Park Lewis.—Entre las terapéuticas menos comprendidas que van encontrando favor de parte de los observadores cuidadosos, figuran las que tienen que ver con las vibraciones etéreas que toman la forma de luz. A esas frecuencias de las ondas, que son periódicas y á las que reaccionan nuestros ojos, las reconocemos como luz visible. Más allá del violeta hay octavas que van recibiendo mucho estudio, y que contienen rayos que no sólo afectan la placa fotográfica, sino que matan los gérmenes, destruyen el tejido animal y vegetal, y poseen marcado valor terapéutico en el lupo y otras afecciones cutáneas, articulares y abdominales de naturaleza tuberculosa.

Por desgracia, resultan tan desastrosos los efectos de los rayos ultravioletas sobre la retina, que se ha tratado muy poco de utilizarlos en las afecciones oculares. Sin embargo, no sucede así con las ondas más largas del espectro; pero el efecto de los rayos amarillos y rojos é infrarrojos, de los cuales hay también muchas octavas, no ha recibido hasta ahora mayor atención. Es más, la misma cualidad que dota á la luz de su posible efecto beneficioso, la priva de su eficacia luminosa.

Una bombilla eléctrica, provista de un fino filamento de tungsteno y llena de uno de los gases más raros, rendirá la luz más blanca y uniforme y del mayor brillo. Para obtener una cantidad de rayos de onda más larga, un filamento espiral de carbón que no alcanza la misma incandescencia rinde un lustre amarillo suave. Es imposible fijarse continuamente en una lámpara Mazda sin experimentar una sensación de esfuerzo y molestia ocular. Dada la luminosidad de la lámpara que emite rayos térmicos, no nos damos cuenta del deslumbramiento, al fijarnos directamente en la luz misma. Esta debe caer bien oblicuamente sobre los párpados, manteniendo los ojos cerrados, ó directamente en la córnea. No produce la menor molestia. Es difícil precisar lo que sucede. Al físico le corresponderá decirnos qué ondas pasan por la bombilla, cuántas y de qué naturaleza cruzan la córnea, qué proporción filtra el cristalino, y si los electrones mismos son los que afectan los tejidos. Parece que la aspiración á los tejidos orbitarios externos más flojos, debida á la conocida afinidad de los rayos térmicos hacia el agua, sirve para aliviar la congestión más profunda del suero procedente de la sangre, como sucedió en dos casos. En uno los párpados se hallaban hinchados y ampollados, y en el otro sobrevino una hemorragia subdémica.

Es posible que el resultado sea semejante utilizando deshidratadores. El cloruro de calcio y yoduro y el cloruro de sodio y la glicerina, todos ellos parecen poseer la facultad de absorber el exceso de suero de los tejidos profundos, y de ofrecer, por lo menos, alivio transitorio cuando toda ayuda adicional reviste valor, por pequeño que sea.

Lo mismo que los otros procedimientos utilizados, éste es mecánico, y sólo ha resultado de valor cuando existen estados glaucomatosos inflamatorios agudos. ¿No podemos esperar que un estudio más intenso y cooperativo nos aporte conocimientos más exactos de las causas esenciales de la hipertensión primaria, cuando todavía pueden instituirse procedimientos realmente curativos? (*The Journal of the A. M. A.*, 15 de Diciembre de 1927.)

SIFILOGRAFIA

EN LENGUA EXTRANJERA

1. La citología del líquido cefalorraquídeo de los sífilíticos, estudiada por la impregnación vital, por los doctores Paul Rayaut y Raoul Coulin.—Muestran los ilustres autores de este trabajo, de modo razonado, que la noción antigua de linfocitosis ó simple mononucleosis, con que se anuncia el contenido celular del líquido cefalorraquídeo, debe ser sustituida por un estudio mucho más profundo de la citología raquídea.

Gracias á la coloración vital siguiendo la rápida y simple técnica de la pironina verde de metilo, se obtiene una gama muy variada de elementos celulares que creen los autores de una gran utilidad para el diagnóstico y pronóstico de las diversas localizaciones de la sífilis nerviosa.

Con este método claro está que no se puede obtener la fórmula de tal ó cuál accidente sífilítico, porque ninguna de las obtenidas es específica ni constante, pero indica muy claramente si se está en presencia de un proceso agudo, activo, de pronóstico grave, en vía de evolución ó de extinción.

Este estudio sobre el vivo tiene el valor clínico de una biopsia ya que las reacciones celulares no son en el líquido cefalorraquídeo otra cosa que reflejo de las lesiones anatómicas y que gracias á aquéllas, podemos conocer su existencia al propio tiempo que medir su intensidad. (*La Presse Medicale*, 14 de Julio de 1928.)—TOMÉ.

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 de 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 Carlan. — Sobre la autoridad de los titulares, por Santiago Fernández de Velasco. — Oposiciones á inspectores municipales de Sanidad. — Escalafón de inspectores municipales de Sanidad. — Conferencia de la Defensa social contra la sífilis, por Javier M. Tomé y Bona. — Planes de estudio. — Partido médico. — Sociedades francesas, por el Dr. F. Jamalobo. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Correspondencia. — Por las Clínicas de Europa. — Tertulia Médica. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Las profesiones liberales. — En todas partes cuecen habas. — El feminismo en acción.

Le Journal de l'Est, al asegurar que el exceso de los títulos profesionales no es un mal exclusivo de la Francia, publica algunos párrafos substanciosos, parte de los cuales comentaremos en lo que se refiere á nuestra profesión:

«¿Se quieren conocer cifras seguras? Alemania contaba en 1926 con 44.700 médicos, lo que hace que en un total de 63.000.000 de habitantes corresponda un médico para 1.400 alemanes. Puede asegurarse que esto es excesivo y que un gran número de estos médicos se verán condenados puramente á vejetar.

Por su parte, la Unión de las Repúblicas Soviéticas cuenta 55.200 médicos, de los cuales más de 5.000 se encontrarán con los brazos cruzados. Las circunstancias políticas, sin duda alguna, entran en este asunto por mucho; es sin embargo evidente que en el estado actual de la economía rusa una gran proporción de los médicos no tienen bastante para comer. La emancipación femenina, ó lo que se ha designado con este nombre, no ha contribuido ciertamente á facilitar la vida del grupo de los intelectuales, cuyo número ha aumentado en una proporción considerable. Así sucede que en Rusia el 75 por 100 de alumnos de Medicina está constituido por mujeres.

En otros países europeos la proporción viene á ser de una cuarta parte. Ahora bien, se ha dicho como chiste que los enfermos están muy lejos de aumentar en la misma proporción que los médicos.

En Suiza, en tres años el número de médicos ha pasado de 2.500 á 3.000. En 1923 había en Ginebra —por ejemplo— un médico para 590 habitantes; en Lausania, uno por 578; en Montreux, uno por 457. En conjunto, en Suiza el término medio resultaba de 1.290 habitantes por cada médico.»

La situación es más grave en Europa que en América porque en aquélla existe la superstición

del diploma. Esto quiere decir que en Europa un joven en posesión de un pergamino universitario abraza casi siempre la carrera que le abre dicho pergamino, mientras que en los Estados Unidos casi la mitad de los estudiantes ganan su vida, es decir, practican un oficio á la vez que hacen sus estudios, y es frecuente encontrar que un licenciado universitario adopte para vivir otra situación de la á que sus estudios le habían destinado. Se desembrazan como pueden. Ahora bien: no por esto insisten si comprenden que su carrera no les da para vivir. Se juzga al hombre con arreglo á lo que hace y no según lo que sabe.»

«Hacéos albañil...», decía ya Boileau en una época en que ni Guido Patin ni Patru tenían colegas hembras.

«Aunque parezca no tener que ver en lo antedicho por el periódico francés, debe saberse que el feminismo continúa aventajándonos en la cosecha de laureles (y de pesetas). Una joven, Mlle. Grillon, acaba de obtener el primer lugar en el concurso de internado de farmacia en París. Ella obtuvo 7 puntos más que el segundo, M. Niquel, que parecía, sin embargo, inexpugnable.

Añadamos que entre 43 candidatos que fueron recibidos en el concurso figuraron 12 jovencitas.»

No encontramos mal, el que las mujeres que valgan igualen y aún se sobrepongan á los hombres en el ejercicio y en los provechos de sus carreras. Lo que hoy nos hace insistir en lo que tiempo ha veníamos predicando, es el considerar el porvenir que para el ejercicio de nuestra profesión se ofrece á la juventud masculina.

Si haciendo un cálculo, análogo al que resulta de las cifras anteriores, suponemos que en España hay un médico para cada 1.000 habitantes (20.000 es á 20.000.000), se comprende fácilmente la crisis que se avecina, aun antes de que la agrave la invasión creciente del bello sexo.

Paréceme muy bien que el Estado ofrezca y sostenga todos los medios de enseñanza de los conocimientos humanos y nadie puede con justicia negar el derecho de adquirirlos á quien bien le plazca y tenga para ello aptitud. Pero lo que nos parece inícuo es que regularizándose *more socialista* el nú-

mero y la agremiación en otras profesiones liberales, se deje libre é indefinida la cifra de los médicos que como tales profesionales puedan ejercer, con los daños inherentes á la libre concurrencia, sobre todo cuando esta libre concurrencia sólo existe para el ejercicio de una profesión en medio de otras reglamentadas y aun cuadrículadas.

Es este punto de tal importancia que no creemos que haya otro que la tenga mayor y más íntima, desde el punto de vista del decoro, el bienestar y el porvenir de una clase que tan elevada significación tiene, y que cada día ha de tenerla mayor.

Nos preocupa profundamente lo que ocurre; pero más nos preocupa lo que creemos que ineludiblemente ocurrirá; y... ¿por qué no decirlo? Nos dá verdadero miedo el ver, que puesta la cuestión al orden del día, comiencen á formularse, individual y colectivamente improvisadas soluciones, arduosamente defendidas y que de una manera más ó menos efectiva y sincera, intenten obtener soluciones gubernativas por medio de improvisados arbitrios, engendrados en cerebros que se estiman bien dispuestos y documentados en puntos de economía social y demográfica extremadamente complicados, y en los cuales el interés *profesional del momento* es, á no dudarlo, un dato de la mayor importancia; pero no es el dato único, y así sucede que cada vez que surge esta cuestión en la prensa, espontáneamente (como nosotros la hemos repetidamente promovido) ó aparatosamente en el seno de Asambleas, Congresos, Asociaciones, Sindicatos, etcétera, etc., se arriesga muchas veces el sorprender á los Poderes públicos, llevándoles á refrendar disposiciones que con las apariencias de la equidad y la justicia encierran en su futura gestación seguros peligros y desatentadas consecuencias, amén de las significadas por las mismas organizaciones estudiadamente provechosas, para grupos determinados que contribuyen más que nada á hacer antipática la gestión anunciada cuando con fría serenidad la considera el sano y valioso conjunto de las opiniones de los médicos independientes.

¿Se quiere un ejemplo? Pues allá va, como botón, su recuerdo que no se habrá borrado ciertamente de la memoria de los contemporáneos y que pudo acarrearlos, *con una improvisación genial*, un perjuicio real de que no hubiéramos podido curarnos.

Alemania antes de la guerra producía una cantidad *colosal* de médicos por medio de sus Universidades, encontrándoles para su colocación en los diferentes países que constituían entonces su extenso imperio colonial, diseminado en las cinco partes del planeta, sin excluir á Europa, en donde el crédito de los diplomas alemanes, no en todos los casos justificado, abría ancho camino para fácil

empleo á la juventud teutona poseedora de un diploma de estudios. Envanecida con este crédito, Alemania *negaba toda reciprocidad* á los médicos extranjeros, dándose el caso de que las más renombradas autoridades médicas de Francia y de España no pudiesen recetar ni una onza de aceite de ricino dentro de los términos del presuntuoso imperio.

Vino la guerra, con ella la pérdida de las colonias, y, por tanto, de las plazas en que pudieran colocarse los jóvenes médicos alemanes.

Pues bien, en este crítico momento, se suscita en España una cuestión de puro carácter local y de ninguna ó de muy escasa importancia numérica. Acudimos á dar nuestra opinión, según la creíamos discreta, y no faltó un improvisador que intentando soliviantar el siempre cosquilloso concepto patriótico ibero, proclamó que la *solución del asunto estaba en obtener la reciprocidad de los títulos con todos los países sin excluir á Alemania*. Por fortuna la idea *chauvinista* no arraigó ni encontró gran eco; pero, si se hubiese atendido á la reclamación que parecía tan sencilla y lógica, ¿cuál sería hoy el número de médicos alemanes que habrían venido á España en busca de compensaciones por el perdido Camerón y las posesiones de Asia y de Oceanía? ¿No era de temer que por el respeto fetichista del título ultrarreniano tuviéramos hoy dos ó tres mil médicos á cambio de dos ó tres que hubiesen podido ir de nuestras poco resonantes Universidades á buscar empleo en Alemania?

Pues como este, podríamos señalar más de veinte ó treinta peligros, por verdadera imprudencia temeraria de improvisaciones y arbitrios nada madurados. Volviendo al número de los títulos, creemos que no es ningún disparate el pedir: *que declarando libre la adquisición del título de doctor para todo el que haya hecho los estudios exigidos por nuestro Estado en la cantidad y calidad de los programas oficiales, se establezca, aparte de este título honorífico, otro de médico práctico del Estado que pudiera obtenerse por una reválida ante tribunales mixtos de profesores y de capacidades científicas y sociales bien establecidas*.

Para esta reválida, podría fijarse un número bien estudiado de títulos y anualmente se concederían tan solo los que faltaran para constituir el total necesario.

Medítese sobre esto que nada tiene de nuevo por nuestra parte y que además cuenta con la experiencia de otros países que hace tiempo lo tienen establecido.

DECIO CARLAN.

LEJOMALTO

**_ DEXTRINA 70% - MALTOZA 30%,
_ EN POLVO, EN CAJAS DE 250GR.**

PROPORCIONA EN
EL ALIMENTO DEL LAC-
TANTE UN HIDRATO DE
CARBONO EN FORMA QUE
REQUIERE EL MINIMO GASTO
DE ENERGIA PARA SER DIGE-
RIDO; MODIFICA EL ESTADO
COLOIDAL DE LA LECHE DE
VACA, HACIENDO PRECIPIT-
TAR LA CASEINA EN CO-
POS PEQUEÑISIMOS COMO
LOS DE LA LECHE
MATERNA

ALIMENTACIÓN
ARTIFICIAL
Y MIXTA
DESTETE

TRASTORNOS
GASTRO
INTESTINALES

TIENE ACCIÓN
PROTECTORA MECANICA
Y QUIMICA CONTRA LOS
GERMENES Y SUS
PRODUCTOS
NO ES FERMENTESCIBLE

PREPARADO POR EL AUTOR DEL IODARSOLO.

LABORATORIO BALDACCI - PISA - . Agente: M.VIALE, Provenza 427 BARCELONA

Eufilina



Diurético y Cardiotónico,

en tabletas, supositorios y ampollas.

Indicación: Hidropesía cardíaca y renal, Uremia, Eclampsia, Angina de pecho, Asma cardíaca, Degeneración del miocardio.

Byk - Guldenwerke, Berlín.

Venta exclusiva para España: **E. Durán, S. en C., Madrid, Tetuán, 9 y 11.**
Para muestras y literatura diríjase á **D. WALTER WICKE, MADRID XIV, Calle Pizarro, 13**



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.

Depositorio general para España:

D. ANTONIO SERRA

Apartado 26, Reus (Tarragona).

CITOFAG

“CITO”

GRIPE, TOS FERINA, ASMA,
RONQUERA

Facilita y fluidifica la expectoración; estimula las reacciones defensivas del organismo; reanima el estado general y suprime las molestias de la tos. Muy apropiado para los niños, por su exquisito sabor y su inocuidad.

COMPOSICIÓN:

Cal. benzoleum.....	} 0,18	gramos.
Cal. acetio.....		
Heroin. muriat.....	0,0004	>
Menthol puris.....	0,002	>
Tinct. strychni.....	0,02	>
Syrup aromatic.....	20,00	>

LABORATORIOS “CITO” VITORIA

Especialidades:

Fagifor, Citofag, Neurocit, Robocalcin, Citolax.

DOCTOR:

Cuando tenga que recetar algún antiséptico ó desinfectante, recuerde que las

IRRIGACIONES DEL DR. VALLEY

son de una gran eficacia para el tratamiento de las **Leucorreas ó flujo blanco, Vaginitis, Tumores de la matriz y Cáncer.**

Cajas para 10, 20 y 40 Irrigaciones.

SOBRE LA AUTORIDAD DE LOS TITULARES

Dice un refrán, que «nunca llueve á gusto de todos». Tan común y vulgar es este refrán, que no hay por qué pararse á explicar su significado, pues bien sabido es que en toda colectividad resultan descontentos muchas veces por sistema, sin pararse á pensar si lo que niegan ó combaten es ó no razonable. Así que no debe extrañar que en la clase médica ocurra lo mismo.

Digo esto, á propósito de la discusión que por la prensa profesional se ha entablado estos días, motivada por un discurso pronunciado hace poco tiempo por un señor inspector provincial de Sanidad.

Yo, que como miembro de la gran familia médica, y sin más título para ello que la ya algo larga práctica profesional (veintitrés años), y experiencia de los pueblos (he ejercido en pueblos de las provincias de Burgos, Salamanca, Valladolid y Soria), me creo en el deber de intervenir, para aportar en dicha polémica, si así puede llamarse, mi criterio personal, basado, como digo, en la experiencia vivida en el ambiente rural.

Partamos de la base de que por decoro, dignidad y conveniencia, la Sanidad en España debe ser un hecho á plazo corto.

Sentado ésto, y como demostración de lo que me propongo probar, afirmaré, como lo hago, que *todos los médicos titulares rurales estamos legalmente capacitados para ejercer el cargo de Inspectores municipales de Sanidad*.

En efecto: las condiciones mínimas sanitarias, obligatorio para los Municipios de menos de 15.000 almas —que son unos siete mil y pico,— exigidas por el vigente Estatuto Municipal, según su artículo 201, son las siguientes:

- a) El suministro, vigilancia y protección de aguas potables, de pureza bacteriológica garantizada.
- b) La evacuación, en condiciones higiénicas, de las aguas negras y materias residuales.
- c) La inspección y mejora higiénica de las viviendas, con prohibición de habitar las insalubres.
- d) La Policía Sanitaria de vías públicas, cuadras, establos, mataderos, mercados, centros de reunión, lavaderos y cementerios.
- e) La supresión de aguas estancadas y charcas y acondicionamiento de estercoleros.
- f) La reforma y, en su caso, la clausura de los pozos domésticos ó de uso público que carezcan de condiciones higiénicas.
- h) La higiene de las escuelas y reconocimiento periódico de los escolares.
- i) La habilitación de uno ó varios locales que sirvan para enfermería de epidemias.

Pues bien: todo esto y mucho más se estudia, y todos los médicos hemos aprobado, en la higiene pública y privada, en el transcurso de nuestra carrera médica, y, por lo tanto, negarnos capacidad para aplicar á la práctica lo que aprendimos en teoría (en éstas asignaturas no hay ó, al menos no había, prácticas), es tanto como negarnos, por ejemplo, la facultad de poder asistir á un parto (en mis tiempos de estudiante era muy raro el alumno que veía uno), y, sin embargo, fuimos y estamos autorizados para la práctica de su ejercicio.

Por último, creo no se necesita ser muy sabio para saber aconsejar, á nuestra población rural, que las habitaciones y ventanas deben ser ventiladas y amplias respectivamente; que las fuentes deben estar alejadas de los

muladares; que las cuadras no deben estar dentro de las casas, etc., etc.

EDUCACIÓN SANITARIA

Otro señor, también inspector provincial de Sanidad, afirma, muy convencido, que la campaña sanitaria en España debe empezarse por educar al pueblo en sus prácticas higiénicas y sanitarias, sin tener en cuenta que este es un procedimiento tan sumamente lento, que es muy posible que ninguno de los presentes que vivimos hoy día viéramos sus resultados, si es que la educación á que se refiere dicho señor, tiene que ser por persuasión ó convencimiento de que así debe ser, é inculcándolos que de lo contrario peligraría su salud.

¿Pero será posible que esto crea dicho señor? Pero ¿no saben los que tal creen que la labor del médico rural en todo tiempo es, ha sido y será, de educación? Así lo reconoce dicho señor, pues á tanto equivale proponer como medio de llegar á hacer Sanidad, esa misma educación, probando de esta manera el mismo señor, aun sin darse cuenta, que la educación, en la forma que el propone, no da resultado.

Pero hay más: los que así creen, me hacen suponer que no han vivido en pueblos, pues si no, sabrían que éstos aceptan como buenos los preceptos higiénicos, pero que como les es gravoso cumplirlos, no los admiten de buen grado, aun cuando *si por imposición*, como tenemos ejemplo, con toda clase de leyes, órdenes y mandatos.

AUTORIDAD SANITARIA

«Ni á los médicos les conviene tener autoridad, ni los pueblos la aceptan. Sólo deben ejercer la fiscalización sanitaria».

Este es el resultado final de la polémica á que me refería anteriormente.

Siento no estar conforme con los que sustentan dicha teoría.

Verdad es que al médico, por tenerle todos supeditado á ellos, económicamente, no se le suele, la mayoría de las veces, hacer caso en sus mandatos sanitarios. Pero como á pesar de ello la materia prima, para hacer sanidad, está en sus manos, y, por lo tanto, no se puede prescindir de los mismos, veamos la mejor manera de habilitar sus servicios.

El mejor medio, claro está, es la independencia económica del médico pero ya que esto por el momento no puede ser, sólo queda el de concederle *autoridad verdad, con toda clase de prerrogativas y con apoyo decisivo y efectivo de toda clase y género de autoridades reconocidas hoy por la ley*.

Me explicaré. Al médico se le persigue porque no pueden los pueblos resistir tenga atribuciones sobre ellos, sean de la clase que quiera, aquéllos á quien pagan, y claro está que siendo esto así, lo mismo le perseguirían si por su intermedio, ejerciendo la acción *fiscalizadora*, se les castigase, bien por imposición de multas ó por otra clase de correcciones, impuestas por el gobernador, por denuncia del médico. Como por otro lado, ni el inspector sanitario de distrito, y mucho menos por el de Sanidad provincial, en una ó más visitas (que nunca podrían ser muchas), podrían apreciar el estado sanitario de los pueblos visitados, sino que tendrían que asesorarse del médico titular, resulta que los pueblos se darían cuenta de que si, á consecuencia de la inspección de dichos señores, resultare á los pueblos alguna corrección, la achacarían á su médico, que pagaría, por consecuencia, los vidrios

rotos. Pero désele autoridad sanitaria verdad y castiguen-se como se merece los atropellos y ataques á la autori-dad sanitaria del médico, y veremos en seguida sus resul-tados, puesto que los pueblos percatados de que el no cumplir sus disposiciones sanitarias costaban 500 pesetas al secretario del Ayuntamiento y la destitución del alcal-de, no se volverían á meter con el médico á causa de sus determinaciones higiénicas, siempre en beneficio de la salud pública y en la de cada uno de ellos en particular.

Claro es, y lo doy por descontado, que este procedi-miento costaría la salida del pueblo al primer médico que fuera causa de que sucediera lo anteriormente apuntado; pero, en cambio, al que le substituyese en dicho munici-pio, ya no tendría ningún tropiezo, por cuanto sabiendo que les pudiera volver á ser impuesto otro nuevo casti-go, si repetían la hazaña, dejarían, reconociendo su auto-ridad, que el médico trabajase tranquilamente en pro de la sanidad municipal de su pueblo.

Esto lo sé por experiencia profesional, por cuanto ha-biendo ejercido el cargo de juez municipal, siempre aca-taron mis órdenes, y esto, como se comprende, no por mi persona, sino por saber que la autoridad que ejercía era real y efectiva. Lo mismo les ha ocurrido á otros compañe-ros que han sido alcaldes y jueces municipales.

Resumiendo: Que para que la sanidad deje de ser un mito y se convierta en realidad, es preciso: 1.º, Indepen-dencia del médico por pase al Estado; 2.º, Autoridad real y efectiva; 3.º, Imposición sanitaria á los pueblos; 4.º, Creación de los inspectores sanitarios de distrito *con la única* misión de inspeccionar la labor de los sanitarios municipales; 5.º, Segregación de dicha función, ó sea la sanitaria de los alcaldes, quedando subsistiendo las Jun-tas de Sanidad.

SANTIAGO FERNANDEZ DE VELASCO

Oposiciones á inspectores municipales de Sanidad.

Por Real orden nú n. 830 del Ministerio de la Goberna-ción, inserta en la *Gaceta* del 6 de Agosto, se anuncian las oposiciones á inspectores municipales de Sanidad en la for-ma que á continuación publicamos:

Excmo. Sr.: En cumplimiento de lo que previene el ar-tículo 6.º del Real decreto de 17 y Real orden de 20 de Oc-tubre de 1927, se convoca á oposiciones públicas para el in-greso en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad.

El número de plazas que han de proveerse es de 300.

Para ser admitido á estas oposiciones se requiere ser es-pañol, mayor de veintidós años de edad el día que expire el plazo de la convocatoria, licenciado ó doctor en Medicina y Cirugía, tener la aptitud física necesaria y carecer de ante-cedentes penales.

Los que deseen tomar parte en las mismas lo solicitarán del Excmo. Sr. Director general de Sanidad, en el plazo de tres meses, por medio de instancia, extendida en papel de la clase octava, acompañando los documentos que acrediten las condiciones que se indican anteriormente y que son los siguientes:

a) Certificación de nacimiento, expedida por el Registro civil, que habrá de legalizarse si el pueblo ó localidad natu-raleza del interesado no pertenece á la jurisdicción de la Au-dencia territorial de Madrid.

b) Título original de licenciado ó doctor en Medicina y Cirugía ó testimonio notarial del mismo, legalizado en la forma que se indica en el apartado anterior.

Si el aspirante no está en posesión del título profesio-nal, pero ha consignado los derechos del mismo, puede pre-sentar el justificante de haber hecho dicha consignación y surtirán los mismos efectos que el título para tomar parte en las oposiciones.

Si tampoco hubiese abonado los derechos de expedición del título, le bastará acompañar una certificación académica personal acreditando que tiene aprobados los ejercicios de la Licenciatura ó, cuando menos, los estudios correspondientes á la misma.

c) Certificación facultativa, expedida por un médico que ejerza legalmente la profesión, en que se acredite la aptitud física del solicitante, visada por el subdelegado de Medicina del distrito ó partido judicial á que corresponda el pueblo ó localidad residencia del médico que expida el documento.

d) Certificación expedida por el Registro Central de Pe-nados, librada con menos de tres meses de anticipación á la fecha de presentación de la instancia solicitando tomar par-te en las oposiciones, en la que se haga constar la falta de antecedentes de dicha naturaleza.

A los mencionados documentos podrán acompañar los opositores cuantos justificantes crean oportunos para acre-ditar los títulos y méritos que posean y los servicios de ca-rácter sanitario y facultativos en general que hayan pres-tado.

Al presentar sus documentos los interesados abonarán en la Dirección general de Sanidad la cantidad de 35 pesetas en metálico, como derechos de oposición, de la que se les expedirá el oportuno recibo. Dicha cantidad únicamente podrá devolverse á los opositores cuando por cualquier cau-sa desistan de tomar parte en las oposiciones antes de su comienzo, ó no sean admitidos á las mismas por acuerdo del Tribunal.

Las oposiciones se celebrarán en Madrid, ante el Tribu-nal que designe la Dirección general de Sanidad, y con suje-ción al Reglamento y programa aprobados por Real orden de 20 de Octubre de 1927, publicados en la *Gaceta* del 28 del mismo mes y año, no pudiendo aprobarse mayor número de opositores que el de plazas se fijan en esta convocatoria.

La fecha de comienzo de las oposiciones será dentro de los quince días siguientes á la terminación del plazo de la convocatoria, y el Tribunal fijará el día, sitio y hora en que ha de reunirse para hacer el sorteo de los aspirantes. Dicho acuerdo, así como las listas de los opositores admitidos por reunir las condiciones reglamentarias, se publicará en la *Gaceta de Madrid* ocho días antes del que se señale para el acto referido, fijándose además el aviso correspondiente en el tablón de anuncios de la Dirección general de Sanidad.

La presente convocatoria se insertará en los *Boletines Oficiales* de todas las provincias para conocimiento de los facultativos á quienes pueda interesar y en cumplimiento del art. 6.º del Reglamento á que se alude anteriormente.

De Real orden lo digo á V. E. para su conocimiento y efectos oportunos. Dios guarde á V. E. muchos años. Madrid, 3 de Agosto de 1928.—Martínez Anido.—Señor director ge-neral de Sanidad.

Escalafón de inspectores municipales de Sanidad. ⁽¹⁾

- 1351 Emilio Miguel Peregrino, 7 Septiembre 1923.
- 1352 Luis Nájera Angulo, 19 Abril 1928.
- 1353 José Velázquez Castro Camayo, 19 Abril 1928.
- 1354 Manuel Ruiz Valencia, 19 Abril 1928.

(1) Véase el número anterior.

- 1355 Agustín Villegas Cocho, 19 Abril 1928.
 1356 Angel Vega Masero, 22 Junio 1909.
 1357 Tomás Hidalgo Huerta, 17 Junio 1915.
 1358 Tomás Pierna Juan, Mayo 1904.
 1359 Francisco José Pascual Tascón, 1 Agosto 1918.
 1360 Vicente Vidal Salafranca, Mayo 1904.
 1361 Antonio Fernández Mora, 19 Abril 1928.
 1362 Francisco Grabifosse Martínez, 19 Abril 1928.
 1363 Francisco Morat Llinares, 19 Abril 1928.
 1364 Antonio Fernández Hortal, 3 Marzo 1921.
 1365 Néstor Alonso García, 19 Abril 1928.
 1366 Juan Manuel Martínez Rodríguez, 6 Mayo 1918.
 1367 Francisco Calatrava Aguirre, Mayo 1904.
 1368 Eduardo Nieto Campoy, 19 Abril 1928.
 1369 Ernesto de Paz Guisasaola, 17 Diciembre 1926.
 1370 Emilio Comendador García, 11 Febrero 1916.
 1371 Sebastián Blanes Sánchez, 17 Noviembre 1917.
 1372 Vicente Pérez Pérez, 19 Abril 1928.
 1373 Casimiro Nieto Muñoz, 19 Enero 1928.
 1374 Gaudencio Peralta Miñón, 15 Julio 1910.
 1375 Sebastián Soler Mata, 24 Enero 1924.
 1376 Vicente Peraita Cardero, 4 Julio 1907.
 1377 Bernardino Dios Caballero Tenorio, 12 Marzo 1928.
 1378 Eduardo Amo González, 4 Julio 1907.
 1379 Sebastián Pinedo Llanos, 2 Julio 1927.
 1380 Miguel Bisbal Cifre, 22 Marzo 1922.
 1381 José Quintanar García, Mayo 1904.
 1382 Tomás Peña Ruiz Aguareo, 30 Enero 1923.
 1383 Félix Pérez González, Mayo 1904.
 1384 Francisco Hernández Peña, 2 Noviembre 1926.
 1385 Teófilo Ruiz del Barrio, 19 Mayo 1914.
 1386 Frutos Santiago Martín, 11 Noviembre 1925.
 1387 Heliodoro de Paz Torrero, Mayo 1904.
 1388 Plácido Rodríguez Conto, 16 Febrero 1917.
 1389 Angel Pardo Luque, 9 Diciembre 1913.
 1390 Victorio Gallego Santiago, Mayo 1904.
 1391 Crescenciano Villar Varela, 4 Febrero 1928.
 1392 José María Codelque Bielsa, 14 Febrero 1920.
 1393 Teodoro Rojo Yagüe, 20 Octubre 1916.
 1394 Ramiro Sanz Maldonado, 19 Abril 1928.
 1395 María Loreto Tapia Robson, 19 Abril 1928.
 1396 Justino del Villar Barragán, 3 Julio 1928.
 1397 Alejandro Rodríguez Solís, 4 Julio 1907.
 1398 Gabriel Calafell Nadal, 25 Abril 1925.
 1399 Juan Bautista Benabent Aranda, Mayo 1904.
 1400 Manuel Fábrega Coello, 4 Julio 1907.
 1401 Valeriano Cabral Martínez, 19 Octubre 1910.
 1402 Eugenio Alvarez Rodríguez, 19 Abril 1916.
 1403 Porfirio Vaquero Hidalgo, 24 Febrero 1919.
 1404 Venancio Rodríguez García, 21 Octubre 1910.
 1405 Antonio Salinas Ruiz, 6 Julio 1923.
 1406 Tomás Rey González, 4 Abril 1927.
 1407 Ricardo Astudillo Calvo, 27 Noviembre 1909.
 1408 Enrique Díaz Gómez, 4 Julio 1907.
 1409 Telesforo Heras Gómez, 21 Noviembre 1923.
 1410 Miguel Vicente Figueruelo, 7 Diciembre 1915.
 1411 José Alaport Llácer, 22 Julio 1925.
 1412 Felipe Abarca Lázaro, Mayo 1904.
 1413 Vicente Reig Rodríguez, 19 Abril 1928.
 1414 Rafael Fuertes Villavicencio, 18 Noviembre 1919.
 1415 Rafael Arteseros Rigal, 18 Septiembre 1923.
 1416 José Albiol Broseta, Mayo 1904.
 1417 Ricardo Alcañiz Dondéiz, 31 Marzo 1924.
 1418 Francisco J. Subirós Cardoner, 19 Abril 1928.
 1419 José Campo Lage, 19 Abril 1928.
 1420 Salvador Garriga Figueruela, 8 Septiembre 1907.
 1421 Félix Rojas Gutiérrez, 24 Enero 1928.
 1422 Julio Rojo Fernández, Mayo 1904.
 1423 Arturo Arévalo Masip, 5 Enero 1916.
 1424 Joaquín Sastre Mateanz, 21 Enero 1913.
 1425 Andrés Arnau Bernabeu, 3 Junio 1927.
 1426 Alfredo Alventosa Conca, 22 Mayo 1922.
 1427 Cesáreo Río Bravo, Mayo 1904.
 1428 Eduardo Argelos Aznar, 27 Junio 1924.
 1429 Mateo Martínez Ozaba Alosolo, 27 Enero 1927.
 1430 Manuel García Navarro, Mayo 1904.
 1431 Manuel Sacristán Calleja, 10 Noviembre 1922.
 1432 Agustín Campos Igual, 4 Abril 1907.
 1433 Martín Calabuy Asencio, 1 Febrero 1911.
 1434 Antonio Campos Fos, 9 Diciembre 1922.
 1435 José Castañer Martí, Mayo 1904.
 1436 Isaac Sedano Gallo, 11 Septiembre 1917.
 1437 Julián Domingo Bellón, 4 Abril 1927.
 1438 Vicente Calabuy Botella, 17 Mayo 1923.
 1439 José Cuquerella Codina, 20 Enero 1915.
 1440 José Santamaría Alonso Armiño, Mayo 1904.
 1441 José Calatayud Bolinches, 8 Junio 1917.
 1442 Andrés Cardona Morán, 17 Diciembre 1912.
 1443 Alberto Chalmeta Tomás, 16 Julio 1921.
 1444 Arturo Cerveldera Castro, 4 Noviembre 1913.
 1445 Felipe Climent Ayoldo, 11 Mayo 1915.
 1446 Rogelio Casanova Ferreras, 12 Febrero 1921.
 1447 José Capdevila Giner, 20 Septiembre 1927.
 1448 Inocente Cerrada Penalva Manuel, 16 Enero 1917.
 1449 Ricardo Chalmeta Tomás, 3 Mayo 1924.
 1450 Alberto Calmeta Esparza, Mayo 1904.
 1451 Ramiro Calatayud Benavent, 19 Junio 1923.
 1452 Arcadio Burgos Canals, 29 Septiembre 1910.
 1453 Manuel Cerverón Pérez, 3 Octubre 1917.
 1454 José Coloma Balari, 7 Marzo 1928.
 1455 Enrique Cerdá Micó, 4 Septiembre 1915.
 1456 Francisco Bellver García, 14 Junio 1915.
 1457 José Bosch Solves, 12 Agosto 1911.
 1458 José Valencia Madre, Mayo 1904.
 1459 Baltasar Mayá Coll, 24 Octubre 1922.
 1460 Eduardo Mallo Marqués, 26 Junio 1919.
 1461 Angel Vara Navarro, 30 Noviembre 1912.
 1462 Tomás Toranzo García, 31 Agosto 1917.
 1463 Ildefonso Temprano Pérez, 30 Octubre 1926.
 1464 José Tapioles Tapioles, 4 Julio 1907.
 1465 Leoncio Turriño Miguel, Mayo 1904.
 1466 Antonio Gómez Tréllez, 18 Febrero 1922.
 1467 Mariano Ribero Balbín, 23 Abril 1913.
 1468 Clemente Queipo Sevillano, 4 Julio 1907.
 1469 Antolín Ratón Vecilla, 4 Julio 1907.
 1470 Marcial Muñoz Martín, 24 Abril 1919.
 1471 Heliodoro Varona Franco, 4 Julio 1907.
 1472 Eusebio Sánchez Díaz, Mayo 1904.
 1473 Vicente López Berrocoso, 17 Febrero 1927.
 1474 Juan Bernardo Saucedo, 24 Octubre 1923.
 1475 Juan J. Arroyo Guerrero, 4 Julio 1907.
 1476 Manuel Alvarez Souza, 4 Abril 1927.
 1477 Francisco Tórruella Rico, 15 Octubre 1913.
 1478 Tomás Pérez Ruiz, 23 Julio 1925.
 1479 Manuel García Berceruelo, 12 Abril 1919.
 1480 Honorato Sorillos Cosin, 3 Julio 1922.
 1481 José Pardo Vera, 19 Abril 1928.
 1482 Enrique Gálvez Rodríguez, 19 Abril 1928.
 1483 Pedro Herrero Rubio, 19 Abril 1928.
 1484 Angel Hernández Nicolás, 4 Julio 1907.
 1485 Antonio Luis Tejada Gonzalo, 20 Diciembre 1923.
 1486 José Galbis Comas, 17 Mayo 1920.

- 1487 Alejandro García Martínez, 5 Octubre 1920.
 1488 Ernesto García Raga, 21 Febrero 1912.
 1489 Antonio García Romero, 24 Diciembre 1919.
 1490 Ramón Valle Alonso, 21 Diciembre 1927.
 1491 Enrique García Pellicer, 20 Mayo 1924.
 1492 Federico Granero Peris, 2 Enero 1923.
 1493 Vicente Grau Bono, 10 Abril 1920.
 1494 Vicente Gisbert Herpiña, 9 Julio 1910.
 1495 Epifanio Hernández Martínez, 14 Abril 1921.
 1496 Juan Giner Asins, 1 Noviembre 1924.
 1497 Eloy García Fernández, 6 Diciembre 1916.
 1498 César González Martínez, 3 Marzo 1923.
 1499 Francisco Girona Chavarria, 6 Diciembre 1905.
 1500 Jenaro Enrique García Sanchis, 9 Marzo 1916.
 1501 José Vicente Fayos Carrión, 11 Mayo 1915.
 1502 Agustín Valverde Sarmen, 26 Diciembre 1905.
 1503 José Ferreiro Peiro, 7 Septiembre 1923.
 1504 Enrique Ferrando Carlos, 28 Enero 1906.
 1505 Eduardo Francés Tortosa, 10 Octubre 1923.
 1506 Vicente García Fernández, Mayo 1904.
 1507 Matías Cabeza Durbertot, 27 Marzo 1915.
 1508 Camilo Santizo Cela, Mayo 1904.
 1509 Rafael García Hinojos, Mayo 1904.
 1510 Jenaro Sáinz Pereda, 6 Junio 1924.
 1511 Basilio Ajuria Iñurrítegui, Mayo 1904.
 1512 Jacinto Aranguena Palmero, 10 Mayo 1925.
 1513 Juan Marqués Frontera, Mayo 1904.
 1514 Inocencio Calvo Pérez, 6 Marzo 1922.
 1515 Alonso Rivera Torres, 22 Abril 1924.
 1516 Pedro Zarallo Fernández-Agnado, 9 Junio 1917.
 1517 Aniceto Blázquez Blázquez, Mayo 1904.
 1518 Juan Vega Fernández, 16 Diciembre 1926.
 1519 Rafael García Rodríguez, Mayo 1904.
 1520 Mariano Colubi González, 15 Mayo 1926.
 1521 Pablo Ballesteros Vinuesa, 31 Julio 1925.
 1522 Francisco Iturralde López, 29 Marzo 1927.
 1523 Antonio Olmos Torres, 28 Enero 1906.
 1524 José Pérez Valls, 10 Febrero 1917.
 1525 Abilio Orts Castelló, 9 Enero 1928.
 1526 Andrés Serralta Suñé, 19 Abril 1928.
 1527 Vicente Narbon Olivert, 29 Enero 1920.
 1528 Antonio Sabán Naranjo, 19 Abril 1928.
 1529 Ricardo Novella Furio, 12 Agosto 1924.
 1530 Francisco Almela Rochera, 27 Diciembre 1926.
 1531 Juan Gomis Gomis, 26 Enero 1927.
 1532 Francisco Contreras Jiménez, 14 Septiembre 1914.
 1533 Felipe Hernández González, 10 Agosto 1917.
 1534 Antonio Calzado García, 8 Febrero 1928.
 1535 Luis López Villasegura, Mayo 1904.
 1536 Miguel Carranza Santos, 19 Abril 1928.
 1537 Andrés Lagares Gundin, 20 Octubre 1922.
 1538 Manuel Ibáñez Algarra, 4 Julio 1907.
 1539 Enrique Herrero Desfilis, Mayo 1904.
 1540 Jesús Bienvenido Herrero López, 23 Octubre 1922.
 1541 Fidel Ballesteros Vinuesa, 6 Noviembre 1919.
 1542 José Díaz Guerra, 4 Abril 1927.
 1543 Elisardo Escribano González, 25 Marzo 1922.
 1544 José Izquierdo Tapia, 28 Agosto 1923.
 1545 Juan Muñoz Flor, 3 Agosto 1909.
 1546 Eulogio Malfas Conde, 7 Agosto 1926.
 1547 Félix Nieto García, 10 Agosto 1922.
 1548 Eloy Rubio Mateos, 7 Julio 1917.
 1549 Félix Polo Segurado, 16 Septiembre 1925.
 1550 Salvador González Beltrán, 20 Febrero 1924.
 1551 José María Segura Martí, Mayo 1904.
 1552 Facundo Jiménez Cisneros, 14 Abril 1916.
 1553 José Díaz Aguilar, 19 Octubre 1917.
 1554 Miguel Cruz Carrasco, 25 Julio 1926.
 1555 Francisco Casanova Sos, Mayo 1904.
 1556 Gonzalo Quirós Ceresoles, Mayo 1904.
 1557 Martín León Gangoso, 4 Abril 1927.
 1558 Teodoro Villanueva Rodríguez, 22 Enero 1921.
 1559 Máximo Manzano Rodríguez, 14 Enero 1915.
 1560 Silverio Arias-Camisón Pascual, 18 Mayo 1926.
 1561 Castor Sánchez Camino, 3 Septiembre 1917.
 1562 Víctor Sánchez Hoyos, Mayo 1904.
 1563 Indalecio Martínez Molpeceres, 26 Diciembre 1905.
 1564 José Rivera Mallaina, Mayo 1904.
 1565 Antonio Llebres Tena, 29 Diciembre 1914.
 1566 Emilio Granja Castilla, Mayo 1904.
 1567 Idefonso Gutiérrez Belmonte, 28 Enero 1906.
 1568 Vicente Momo Sanchis, 27 Diciembre 1913.
 1569 Juan Leonart Almenar, 10 Agosto 1909.
 1570 Juan Llisterri Ferrer, 30 Enero 1928.
 1571 Rafael Lluzar Rodrigo, 25 Enero 1923.
 1572 Eduardo Lloret Peral, 4 Abril 1922.
 1573 Juan José Llorca Muñoz, 30 Octubre 1920.
 1574 Pedro Hernández Sánchez, Mayo 1904.
 1575 Salvador Marco Garín, 20 Septiembre 1913.
 1576 Delfín Martín García, Mayo 1904.
 1577 Antonio Molina Esteban, 24 Octubre 1922.
 1578 Miguel Mínguez Burriel, Mayo 1904.
 1579 Vicente Miguel Miragall, 28 Noviembre 1916.
 1580 Vicente Martínez Marzal, Mayo 1904.
 1581 José Monte Serra, 24 Enero 1928.
 1582 Carlos Mari Colubi, Mayo 1904.
 1583 Francisco Más Silvestre, 8 Mayo 1924.
 1584 Joaquín Marzal Rubio, 28 Enero 1906.
 1585 Moisés Manuel Sanz García, 19 Abril 1928.
 1586 Urbano Barnés González, 19 Abril 1928.
 1587 Francisco José Barnés González, 19 Abril 1928.
 1588 Antonio Martín Fuentes, 19 Abril 1928.
 1589 Fernando Pelayo Morales, 10 Enero 1920.
 1590 José Pardo Carmona, 27 Abril 1923.
 1591 Mariano Alvaro Mateos, 3 Julio 1924.
 1592 Mariano Serrano Otero, 24 Junio 1924.
 1593 Mariano Serrano Sánchez, Mayo 1904.
 1594 José Narváez Medina, 11 Diciembre 1917.
 1595 Miguel Sanchis Tasso, 29 Septiembre 1919.
 1596 José Sarrio Tamarit, 15 Marzo 1920.
 1597 José San Gil Miguel, 11 Octubre 1910.
 1598 Miguel Suria Giner, 23 Octubre 1922.
 1599 Juan Stingo Carbonell, 4 Abril 1927.
 1600 Félix Simó Mallol, 4 Abril 1927.
 1601 Ernesto Zurriaga Esteve, 13 Febrero 1917.
 1602 José Vanaclocha Mínguez, Mayo 1904.
 1603 Juan Vázquez Puertes, 5 Noviembre 1920.
 1604 Casimiro Villanueva Mateo, 26 Diciembre 1905.
 1605 Joaquín Ternel Eslava, 20 Agosto 1920.
 1606 Eduardo Talens Gomis, 13 Junio 1912.
 1607 Angel Valero Alepuz, 21 Febrero 1916.
 1608 Francisco Vera Verdú, 26 Diciembre 1905.
 1609 Ricardo Ventura Casanova, 31 Octubre 1916.
 1610 José Martínez Santa-Olalla, 24 Mayo 1926.
 1611 Juan Vanaclocha Silvestre, 4 Abril 1927.
 1612 Emilio Pascual Ame, 24 Noviembre 1926.
 1613 José Pellicer Serra, 25 Enero 1910.
 1614 José González Triviño, 28 Febrero 1921.
 1615 Federico Picornell Rodríguez, 1 Marzo 1932.
 1616 José Polo Guillemín, 21 Febrero 1924.
 1617 José Parra Tormo, Mayo 1904.
 1618 Francisco Algarra González, 20 Febrero 1924.

- 1619 Félix Rodríguez Castrillo, 2 Noviembre 1926.
 1620 Isidro Pérez Laguna, 1 Octubre 1925.
 1621 José Pascual Artigan, Mayo 1904.
 1622 Joaquín Pérez Machi, 4 Julio 1907.
 1623 Francisco P. Seytre, Gran, 27 Enero 1915.
 1624 José Segura Gisbert, 20 Marzo 1920.
 1625 Enrique Sánchez Vicent, 14 Diciembre 1915.
 1626 Adolfo Serigó Muedra, 3 Marzo 1923.
 1627 Salvador Redondo Salvo, 2 Septiembre 1914.
 1628 Ricardo Reig Reig, 25 Febrero 1928.
 1629 Vicente Reig Olmos, 12 Marzo 1923.
 1630 José Péris Estruch, 12 Febrero 1923.
 1631 Angel García Lopez, Mayo 1904.
 1632 Jacinto Bañon Amerigo, Mayo 1904.
 1633 José Pérez Espa, 19 Enero 1924.
 1634 Juan Granados Jiménez, Mayo 1904.
 1635 Domingo Adan Pérez, 26 Julio 1917.
 1636 José María García Torre, 21 Enero 1927.
 1637 Antonio Cillero Alonso, 19 Julio 1921.
 1638 Félix García Torrero, 19 Julio 1925.
 1639 José González Bernal, 7 Enero 1925.
 1640 José García Rico, 4 Junio 1907.
 1641 Santiago Fernández Alvarez, 22 Noviembre 1909.
 1642 José Guerreira Crehuet, 3 Diciembre 1926.
 1643 Antonio Chinchilla Rus, 24 Septiembre 1912.
 1644 Celso Alvarez González, 18 Julio 1923.
 1645 Mario Méndez Muñoz, 19 Abril 1928.
 1646 José María Tapia Guzmán, 19 Abril 1928.
 1647 Manuel Pérez Vázquez, 19 Abril 1928.
 1648 Julián Deluc Talens, 19 Abril 1928.
 1649 José García Martínez, 21 Noviembre 1926.
 1650 José Gutiérrez Martín, Mayo 1904.
 1651 Adolfo Villarreal Argüelles, Mayo 1904.
 1652 Tomás Varona Peña, 26 Diciembre 1922.
 1653 José Vázquez Alonso, Mayo 1904.
 1654 Damián Vicente Beltrán, Mayo 1904.
 1655 Fermín Vicario Díez, Mayo 1904.
 1656 José Melis Morell, 4 Julio 1907.
 1657 José Martí Carrera, 19 Noviembre 1925.
 1658 Juan Meliá Alandete, Mayo 1904.
 1659 Pedro Moltó Santonja, 1 Julio 1919.
 1660 José Monclús Fortacín, 26 Diciembre 1905.
 1661 Saturnino Mozata Vicente, Mayo 1904.
 1662 Alejandro González Peña, 1 Febrero 1912.
 1663 Cruz Cejalvo Sánchez, Mayo 1904.
 1664 José Maldonado Fernández, 4 Febrero 1918.
 1665 Pascual María Ricardo Arrue Orcaiztegui, 27 Junio 1927.
 1666 Luis Piza Cañellas, 8 Enero 1912.
 1667 Azaquiel Ballester Reyes, 4 Julio 1907.
 1668 José Lozano Coca, 4 Abril 1927.
 1669 Pantaleón Vinaja Alfonso, Mayo 1904.
 1670 Santiago Subirachs Figuras, 27 Febrero 1928.
 1671 Emilio Fuentes Fernández, 4 Abril 1927.
 1672 Sebastián Font Feliú, 15 Diciembre 1905.
 1673 Ricardo Pagola Recio, 10 Julio 1920.
 1674 Eutiquio Gómez Muelledes, 28 Junio 1925.
 1675 Angel Hernández Mayor, 17 Febrero 1917.
 1676 Benigno Lillo Hernández, 19 Abril 1928.
 1677 Francisco Martos Ayllón, 26 Diciembre 1905.
 1678 Agustín Mayor Pérez, 3 Septiembre 1906.
 1679 Manuel Coret Moreno, Mayo 1904.
 1680 Antonio Campos Aparicio, 13 Febrero 1927.
 1681 Sinfiriano Gascón Arduan, 19 Abril 1928.
 1682 Francisco Casanova Balaguer, 28 Enero 1906.
 1683 Miguel Trallero Sanz, Mayo 1904.
 1684 Vicente Casabo Mus, 5 Septiembre 1925.
 1685 Fernando Benedito Adán, 9 Noviembre 1922.
 1686 Gregorio Bonnifer Pedro, 12 Julio 1917.
 1687 Fernando González Canales Romero, 9 Agosto 1911.
 1688 Angel Casas Díez, 22 Julio 1912.
 1689 Francisco Gamazo Gómez, 4 Abril 1921.
 1690 Marcial García Gómez, 4 Julio 1907.
 1691 Primo Hernández Espinosa, 26 Diciembre 1905.
 1692 Conrado Mulas Lozano, Mayo 1904.
 1693 Modesto Delgado Estrada, 22 Septiembre 1917.
 1694 Vicente Otero Villate, 4 Julio 1907.
 1695 Pascual Bracho García Hidalgo, 4 Julio 1907.
 1696 Roberto Maraury Barrero, 10 Enero 1918.
 1697 José Luaces Guítiam, 15 Octubre 1925.
 1698 Luis La Rubia López, 5 Julio 1909.
 1699 Marcelino Moreno Mateos, 9 Octubre 1926.
 1700 Plácido Tarcisio Lozano Azulas, 26 Diciembre 1917.
 1701 Manuel Lumbreras Moreno, 19 Mayo 1921.
 1702 José Bosque Pérez, 4 Agosto 1919.
 1703 Perfecto Cabana Verdes, Mayo 1904.
 1704 Teófilo Bazago Izquierdo, 4 Julio 1907.
 1705 Amando Barbosa Serrano, 27 Enero 1910.
 1706 Vicente Beltrán Ripoll, 28 Diciembre 1925.
 1707 Enrique Alfonso Gordo, 11 Octubre 1926.
 1708 Francisco Albiach Roselló, Mayo 1904.
 1709 Maximiano Alloza Vidal, 8 Junio 1912.
 1710 Francisco Fonseca Montaña, 18 Septiembre 1922.
 1711 Marcelino Jiménez Gómez, 4 Abril 1927.
 1712 Pedro Barrios Montroy, 28 Diciembre 1926.
 1713 Blas A. Gimeno Bernal, 4 Agosto 1925.
 1714 Rodolfo Alvarez Díez, 11 Diciembre 1913.
 1715 Angel Amor Conill, 6 Marzo 1928.
 1716 Angel Amor Lomas, Mayo 1904.
 1717 José Alonso Gómez, 20 Diciembre 1923.
 1718 Diógenes Andrés Rueda, Mayo 1904.
 1719 Emilio Aguirre López Puga, 10 Febrero 1915.
 1720 Manuel Valcárcel Lopez, Mayo 1904.
 1721 Antonio Alonso Pérez, 6 Marzo 1927.
 1722 Jesús Cuesta Muro, 8 Octubre 1914.
 1723 Jacinto Carrasco Figuera, 18 Julio 1925.
 1724 Juan Burgos Lagunilla, 20 Octubre 1925.
 1725 Lorenzo Bravo Gutiérrez, 13 Noviembre 1913.
 1726 Raimundo Blanco Suárez Puga, 15 Enero 1914.
 1727 Angel Fornet Robres, 26 Enero 1906.
 1728 Andrés Casal Casal, 19 Abril 1928.
 1729 Carlos Borrellas Redondo, 19 Abril 1928.
 1730 Antonio Feliú Cardona, 17 Junio 1926.
 1731 Sebastián Lorenzo Peñalva, 13 Agosto 1920.
 1732 Juan Segura Gisbert, 20 Marzo 1920.
 1733 José María Gómez Gomis, 10 Enero 1916.
 1734 Juan Miquel Such, Mayo 1904.
 1735 Enrique Gonzalbo Marco, 25 Marzo 1924.
 1736 Mariano Ruiz Lleónart, Mayo 1904.
 1737 Antonio Jaume Julia, 9 Octubre 1918.
 1738 Francisco Gimeno Amador, 31 Octubre 1916.
 1739 Alfredo Gómez Garriga, 4 Octubre 1910.
 1740 Trinidad Escolano Mateo, 27 Diciembre 1926.
 1741 Manuel Eixarch Michvila, 4 Abril 1927.
 1742 Juan B. Domingo Forner, 4 Julio 1907.
 1743 Joaquín Coret Moreno, 24 Enero 1919.
 1744 José María Torres Fernández Gamarra, 4 Abril 1927.
 1745 Leopoldo Río Miranda Fleitas, 15 Diciembre 1926.
 1746 Francisco Javier Parkiss Montero, 15 Abril 1922.
 1747 Antonio Mora Sánchez, 22 Noviembre 1923.
 1748 José Fullana Llopis, Mayo 1904.

1749 Cosme Bayona Fuster, 20 Abril 1912.

1750 Ramiro Rodríguez Merchan, 1 Octubre 1925.

(Continuará.)

CONFERENCIA DE LA DEFENSA SOCIAL CONTRA LA SIFILIS

POR

JAVIER M. TOMÉ Y BONA

II

LA EDUCACIÓN SEXUAL

El Dr. Dubois, de Ginebra, ponente de este segundo tema de la Conferencia, comenzó su trabajo encareciendo la importancia de la educación sexual, como medio de defensa contra la sífilis. En su opinión, este género de educación polarizada en este particular sentido, no debe confundirse con la educación sexual en conjunto, y debe como aquélla iniciarse cuanto antes y proseguirse año tras año hasta la adolescencia, siendo como una parte integrante del conjunto pedagógico empleado con el niño.

La responsabilidad de esta educación, sobre todo en su iniciación, pertenece a los padres, pero la escuela no debe por ello descuidarla, sino muy al contrario, introducir en sus programas cursos de higiene individual para las clases elementales, y de higiene sexual en las clases superiores.

La continuidad de esta enseñanza, durante varios años repartida, es el único medio para poder asegurar su éxito y favorecer el desarrollo de una moral sexual, sin la cual todo el resto de advertencias y enseñanzas resta sin efecto.

Si la educación sexual no diera los resultados que se piensa, y que sólo una larga experiencia de años puede demostrar, siempre proporcionaría el inestimable beneficio de enseñar a los muchachos los peligros a los que se exponen la mayoría de las veces con absoluta inconsciencia de ellos.

La doctora Neville Rolfe, de Londres, insiste en la gran importancia que tiene esta educación sexual y en los beneficios que puede proporcionar siempre que se haga extensiva a los dos sexos.

Dice la autora, que es necesario que en todos los sistemas de educación exista una suficiente base de ciencias biológicas, sobre la que se puedan establecer la enseñanza de la higiene individual y social. Estos principios fundamentales deben ser enseñados antes de llegar a la adolescencia, y serán seguramente una base también para la creación del sentido de responsabilidad ante la raza y ante el individuo.

Opina también madame Neville, como el Dr. Dubois, que los encargados de este género de educación son los padres en estrecha y unánime unión con la escuela.

La doctora Montreuil Straus, de París, pronunció un brillante discurso, que puede resumirse en los párrafos siguientes:

La enseñanza de las nociones de higiene referentes a la función de la generación, no son solamente útiles, sino que responde a un deseo legítimo de los muchachos sanos y normales que esperan en su día formar un hogar.

La ignorancia que hasta ahora reina en este terreno no ha sido, ni mucho menos, una fuente de honestidad y pureza.

La mujer antes de casarse debe ser preparada científica y moralmente para su papel de esposa y de madre, haciéndola conocer los peligros de las enfermedades venéreas, así como las reglas higiénicas para permanecer sana y tener hijos en perfecto estado.

El Dr. Viborel, de París, dice que junto al problema moral de la cuestión, preciso es colocar la profilaxis médica, no siendo en éste, como en ningún otro asunto de tal índole, unilateral ni exclusivista.

Es preciso educar al niño para formar su voluntad, disciplinar y sujetar sus instintos, satisfaciendo desde la escuela su natural curiosidad. La educación debe ser precoz, franca, completa y sólida, continuándola en la época de la formación y aun en la edad adulta más especialmente, sobre los peligros venéreos y sus consecuencias, los métodos de precaverse y la ventaja de su tratamiento precoz.

De este modo, la educación sexual en opinión del autor debe ser iniciada en la escuela primaria y continuada en eficaces propagandas durante el resto de la vida.

El Dr. Parisot, de París, cree que iniciada la educación sexual desde la escuela, lo mismo para los niños que para las muchachas, y prevenidos éstos contra el peligro que les amenaza, algunos de ellos se detendrán a tiempo. Esta enseñanza en opinión del autor debe iniciarse por los padres e intensificarse a la edad de catorce años en los centros de enseñanza.

El Dr. Pinard insiste sobre la precocidad con que deben ser iniciadas estas enseñanzas para poder lograr un éxito digno de consideración, desde el punto de vista social.

El Dr. Julien, de Grenoble, refiere su experiencia sobre esta cuestión, iniciada en 1921 en los liceos de Lyon y Grenoble, con la que ha logrado buen éxito.

En su opinión, el estudio de las funciones de reproducción debe figurar en todos los programas de enseñanza en el capítulo de la historia natural y la higiene sexual y anti-venérea, como un fundamental apestado de la higiene general, siempre a cargo de un médico competente en estas materias. También es de opinión que esta enseñanza se haga extensiva en idéntico grado a las muchachas.

El Dr. Lepinay cree de gran importancia, según deduce de su experiencia en Marruecos, la enseñanza de la profilaxis individual, sin por ello ser contrario a las excelencias, no tan inmediatas, que pueden proporcionar las enseñanzas morales.

Los Dres. Spillman y Renech son de opinión de que para que estas enseñanzas morales puedan proporcionar un resultado apreciable, es necesario iniciarlas desde la escuela, y sobre todo, mucho antes del ingreso en el ejército. Los cursillos de higiene sexual organizados en los cuarteles por los autores, dieron un resultado muy poco apreciable.

El Dr. Schramer, de Bruselas, pone en conocimiento de los asistentes, que en Bélgica se han hecho obligatorios en las escuelas normales la enseñanza de la higiene y educación sexual.

El Dr. Benech habla de nuevo en último lugar, para manifestar que ha obtenido éxitos satisfactorios en conferencias de profilaxis antivenérea, ante auditorios de muchachos de quince a diez y ocho años.

Se declara enemigo de la coeducación en estas materias, pues opina que debe ser muy diferente la orientación que debe darse a estos asuntos, según se hable ante muchacho o ante un auditorio compuesto de futuras mujeres. Cree útiles las conferencias y las películas como medio de enseñanza, siempre que se las quite de todo exceso de tecnicismo.

(Continuará.)

PLANES DE ESTUDIOS

Por Real orden del Ministerio de Instrucción Pública y Bellas Artes núm. 1.201, inserta en la *Gaceta* del 3 del actual, se han aprobado los planes de estudios en las Facultades de las Universidades del Reino, limitándonos a insertar los correspondientes a Medicina y Farmacia:

Reunidos en Madrid los decanos de todas las Facultades de las Universidades del Reino, en virtud de la convocatoria publicada por la Real orden de 23 de Junio próximo pasado (*Gaceta* del 26), para dar cumplimiento a lo establecido en el artículo 16 del Real decreto-ley de 19 de Mayo del año actual, han elevado á ese Ministerio las propuestas de distribución en grupos de las disciplinas científicas correspondientes á los cursos 4), preceptuados en el artículo 10, en relación con el 5.º del Real decreto citado, como asimismo los acuerdos relativos á prelación é incompatibilidades entre las asignaturas aludidas:

FACULTADES DE MEDICINA

PRIMER AÑO

Complementos de Física: dos lecciones semanales.

Complementos de Biología: dos lecciones semanales.

Anatomía descriptiva y topográfica, con sus técnicas (primer curso): seis lecciones semanales, con sus prácticas.

Histología y técnica micrográfica: tres lecciones semanales.

SEGUNDO AÑO

Complementos de Química: dos lecciones semanales.

Fisiología general, comprendiendo la Química fisiológica: tres lecciones semanales.

Anatomía descriptiva y topográfica, con sus técnicas (segundo curso): seis lecciones semanales, con sus prácticas.

TERCER AÑO

Anatomía patológica: tres lecciones semanales.

Microbiología médica: tres lecciones semanales.

Fisiología especial y descriptiva: seis lecciones semanales.

Farmacología experimental, Terapéutica general y Materia médica: tres lecciones semanales.

Higiene: tres lecciones semanales.

CUARTO AÑO

Patología general: seis lecciones semanales.

Terapéutica quirúrgica, primer curso. Parte general: tres lecciones semanales.

Oftalmología con su clínica: dos lecciones semanales.

QUINTO AÑO

Patología médica, primer curso: cinco lecciones semanales.

Patología quirúrgica, primer curso: cinco lecciones semanales.

Obstetricia y Ginecología, segundo curso: cuatro lecciones semanales.

Dermatología y Sifiliografía: dos lecciones semanales.

Otorrinolaringología: dos lecciones semanales.

SEXTO AÑO

Patología médica, segundo curso: cinco lecciones semanales.

Patología quirúrgica, segundo curso: cinco lecciones semanales.

Pediatría: cinco lecciones semanales.

Terapéutica quirúrgica, segundo curso (parte especial): tres lecciones semanales.

SÉPTIMO AÑO

Patología médica, tercer curso: cinco lecciones semanales.

Patología quirúrgica, tercer curso: cinco lecciones semanales.

Medicina legal: cinco lecciones semanales.

Terapéutica química: tres lecciones semanales.

En el cuarto curso queda una hora libre á disposición de otra enseñanza obligatoria que determine cada Facultad.

PRELACIÓN É INCOMPATIBILIDADES

1.º Para las asignaturas que abarquen más de un curso, el examen de uno de ellos requerirá la aprobación del inmediato anterior.

2.º No se podrá pasar al estudio de la Fisiología general sin tener aprobados los complementos de Física y Biología, ni al examen de disciplina sin haber aprobado los complementos de Química.

3.º El examen de Fisiología especial requiere la previa aprobación de la general.

4.º El examen de Anatomía patológica requiere la previa aprobación de la Histología.

5.º Para los exámenes de las asignaturas del cuarto curso es necesario tener aprobadas todas las de los tres primeros.

6.º La aprobación de la Patología general precederá á los exámenes de todas las asignaturas de Patología especial, así médica como quirúrgica.

7.º La aprobación de la Terapéutica quirúrgica general precederá al examen de los cursos de Patología quirúrgica.

8.º Teniendo en cuenta el carácter monográfico independiente de las especialidades de Oftalmología, Otorrinolaringología y Dermatología y Sifiliografía, podrán trocarse en el orden establecido en el cuadro según el criterio de las diversas Facultades.

9.º Para obtener en todo caso la totalidad de los conocimientos en las asignaturas de Patología médica y de Patología quirúrgica, á despecho de los traslados de matrículas, los decanos que suscriben creen conveniente lo siguiente:

Que la Superioridad indique á todos los catedráticos de dichas asignaturas que unifiquen en los tres cursos de que constan las materias abarcadas. Y entretanto, que en los expedientes académicos de los alumnos consten las materias ó los capítulos aprobados, además del simple número ordinal de los cursos, á fin de que en cada clase de traslado sean siempre exigidos los conocimientos no aprobados anteriormente.

FACULTADES DE FARMACIA

PRIMER AÑO

Complementos de Física: clase alterna.

Complementos de Química: clase alterna.

Mineralogía y Zoología, aplicadas á la Farmacia: clase diaria.

SEGUNDO AÑO

Botánica farmacéutica, primer curso: clase alterna.

Complementos de Matemáticas: clase alterna.

Aplicaciones de Física y de la Química física: clase alterna.

Química inorgánica descriptiva aplicada á la Farmacia: clase diaria.

TERCER AÑO

Química orgánica descriptiva, cíclica y acíclica aplicada á la Farmacia, primer curso: clase alterna.

Botánica farmacéutica, segundo curso: clase alterna.

CUARTO AÑO

Química orgánica descriptiva, cíclica y acíclica aplicada á la Farmacia, segundo curso: clase alterna.

Materia farmacéutica vegetal: clase diaria.

Farmacología experimental: clase alterna.

Higiene: clase alterna.

QUINTO AÑO

Farmacia galénica: clase diaria.

Análisis químico y en particular de alimentos, medicamentos y venenos: clase alterna.

Las asignaturas que serán establecidas por las Facultades como obligatorias se estudiarán en los cursos tercero y quinto.

PRELACIÓN E INCOMPATIBILIDADES

Química inorgánica: incompatible con las tres asignaturas de complementos y prelación con la Mineralogía.

Química orgánica: incompatible con la inorgánica y con aplicaciones de la Física y Químico-física.

Materia farmacéutica vegetal: incompatible con la Botánica farmacéutica y con el primer curso de orgánica.

Farmacología experimental: tiene de prelación la orgánica.

Farmacia galénica: incompatible con los dos cursos de orgánica, con la vegetal y con la Farmacología.

Análisis químico: incompatible con los dos cursos de orgánica.

El alumno suspenso ó no presentado á examen en una ó dos asignaturas de un grupo, podrá matricularse en ellas y en las del siguiente año que no sean incompatibles. En modo alguno podrán cursar asignaturas que no sean de dos años consecutivos del plan formado. (*Gaceta* del 3 de Agosto de 1928.)

PARTIDO MÉDICO

El *Boletín Oficial* de la provincia de Salamanca del día 28 de Julio de 1928 publica lo siguiente:

INSPECCIÓN PROVINCIAL DE SANIDAD DE SALAMANCA

Visto el expediente de agregación médica, incoado por los Ayuntamientos de Ventosa de Rio Almar y Alconada, el cual ha sido informado por el Colegio de Médicos, Inspección provincial de Sanidad y Junta provincial de Sanidad:

Teniendo entre ambos pueblos 840 vecinos y un perímetro mayor de 4 kilómetros:

De acuerdo con el informe de la Junta provincial de Sanidad, vengo en agregar á mencionados pueblos para que formen un partido médico de cuarta categoría, con el haber anual de 1.500 pesetas, más 150 por los derechos de inspección municipal de Sanidad como minimum.

Salamanca, 24 de Julio de 1928.—El gobernador civil, *Angel Altolaquirre*.

SOCIEDADES FRANCESAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

SESIÓN DE 10 DE JULIO DE 1928

Al comienzo de esta sesión fueron elegidos por una gran mayoría, miembros corresponsales de la Academia los profesores Dheré, de Friburgo, y Policard, de Lyon, para formar parte de la Sección de Ciencias biológicas.

El profesor Vincent, conocido por sus estudios sobre las

criptotoxinas y sobre los cristaloides, ha demostrado que el salicilato de sosa posee propiedades antimicrobianas, antivirulentas y sobre todo antitóxicas.

Estas propiedades, puestas de manifiesto experimentalmente por el ilustre profesor Vincent, permiten interpretar la acción terapéutica del salicilato de sosa, hasta el día turbiamente explicada.

El salicilato, según esta nueva concepción, actúa sobre las toxinas microbianas por su ión salicílico que se fija sobre el elemento tóxico y forma con él un complejo químico atóxico.

Los Dres. Gabriel Petit, Panisset y Kloori han realizado en el caballo, que como se sabe es un animal muy resistente á la tuberculosis, experiencias, merced á las cuales han conseguido lesiones considerables, completa y absolutamente localizadas en el pulmón, compatibles con una larga supervivencia, introduciendo con la sonda bacilos humanos ó bovinos directamente en este citado órgano.

Las piezas anatómicas presentadas por los autores en esta sesión de la Academia, muestran claramente cómo estas importantes lesiones, todavía abiertas, tienen tendencia á evolucionar hacia la curación.

El Dr. Rousseau-Saint Philippe ha podido comprobar de su larga y atenta experiencia pediátrica, que los niños se alimentan siempre mal; unos ingiriendo cantidades exageradas, los otros alimentándose demasiado de prisa y, por último, un grupo considerable en los que existe un déficit alimenticio muy grande y á veces absoluto.

Es necesario no exagerar la sobrealimentación, sino más bien reglamentar las comidas y no introducir demasiado pronto las harinas en los lactantes.

En los niños mayores hay que vigilar con gran atención, para poder combatir á tiempo la constipación, causa principal de la falta de apetito.

Estas fluctuaciones del apetito de los niños tienen una importancia para su porvenir, de la cual no se han dado completa cuenta los médicos.

El Dr. Camus, director del Instituto Superior de Vacunación, explana á continuación una interesante comunicación sobre la influencia de las reacciones fisiológicas sobre las manifestaciones locales de la infección y de la inmunidad.

El Dr. Levaditi desarrolla su magistral estudio sobre la etiología de la encefalitis postvacunal.

A esta sesión asistió el embajador del Brasil en Francia Sr. Souza-Daulas, con su compatriota el Dr. A. de Castro, recientemente elegido maestro extranjero de la docta corporación médica.

El Dr. Lignieres, que, como ya recordarán los lectores asiduos de estas modestas y necesariamente incompletas reseñas, en pasadas sesiones interpretó, en son de crítica circunstanciada y severa, las opiniones del ilustre profesor Calmette sobre los peligros de su vacuna antituberculosa, insistió en esta sesión en sus expuestas opiniones.

Sigue opinando que cada día más claramente se van demostrando los efectos verdaderamente maravillosos del B. C. G.; pero que también se indican de modo más palpable cada vez, cuán necesarias son las normas de circunspección que deben adoptarse para su práctica y que ya sagazmente indicó el profesor Calmette.

Por vía subcutánea y á una dosis conveniente se produce de modo infalible un estado de alergia y de inmunidad indiscutiblemente demostrado.

El Dr. León Bernard hace algunas atinadas observaciones prácticas con motivo de este tan debatido tema.

El profesor Jeanselme insiste sobre los casos de lepra desconocidos é indagnosticados.

EL
MÁS MANEJABLE
DE LO'S
HIPNÓTICOS

A CADA UNO
SU DOSIS

SOMNIFÈNE
"ROCHE"

SUEÑO
NORMAL

AMPOLLAS

DESARREGLOS MENTALES
AGITACIÓN INTENSA
CONVULSIONES, EPILEPSIA
ETC.

SE REGULA
A VOLUNTAD

NI Opio
NI Morfina

DESPERTAR
AGRADABLE

GOTAS

INSOMNIOS SIMPLES
O COMPLICADOS
AGITACIONES, EXCITACIONES
ETC.

SEDANTE PODEROSO
CONSTANTE, RÁPIDO
SIN PELIGRO

20 a 50 Gotas
y más

F. HOFFMANN-LA ROCHE & C^a
 21, Place des Vosges
 PARIS



THIGÉNOL "ROCHE"

*inodoro, no cáustico, no tóxico,
soluble en agua, alcohol, glicerina.*



en **GINECOLOGÍA**
*Descongestionante intensivo
 Desodorizante
 Analgésico*

en **DERMATOLOGÍA**
*Tópico queratoplástico
 Reductor débil
 Antipruriginoso*

RESULTADOS RÁPIDOS

*Muestra y Literatura
 Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE &
 21 Place des Vosges. PARIS.*

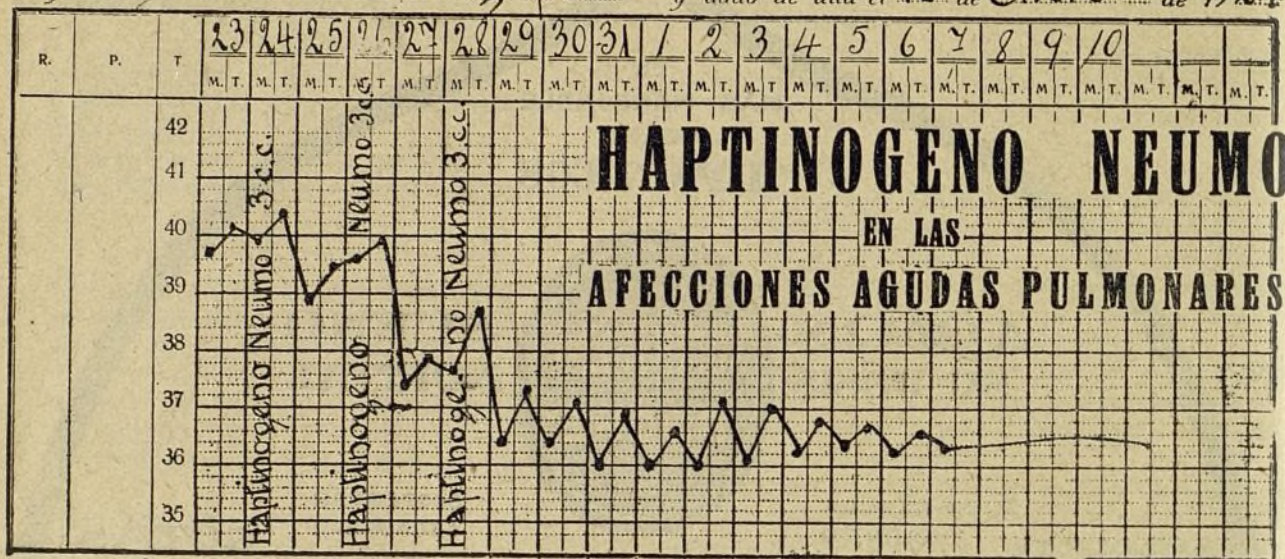
Representante en España: A. Arana
 Claris 80 Barcelona. ©

Ayuntamiento de Madrid

HOSPITAL Militar Carabanchel SALA Infecciosos Dr. Alfonso Moreno López

Juan Moya Fernández
diagnóstico Bronch-neumonía-gripe

ingresó el 23 de Diciembre de 1923
y dado de alta el 10 de Enero de 1924



PULMONES

Derecho.—Línea axilar roce pleurítico suave, estertores crepitantes en la base.

Izquierdo.—Percusión mate en la base, numerosos estertores de medianas y pequeñas burbujas.

TRATAMIENTO: Poción expectorante, aceite alcanforado, haptinógeno Neumo. — Curso de la enfermedad, ver gráfico.

Laboratorios biológicos Dr. JULIO MÉNDEZ (Buenos Aires).

Productos inocuos no producen fenómenos séricos ni ningún fenómeno de reacción patológica. En ampollas de 3 c. c. (dosis curativa).

Literatura científica se remite gratuitamente solicitándola al agente general M. MARTÍN YAÑEZ. — Apartado 384, Madrid.

NUEVA CONVOCATORIA

300 PLAZAS DE INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD

PUBLICADA LA CONVOCATORIA POR R. O. DE 3 DE AGOSTO DE 1928

CENTRO "EDITORIAL REUS" (PRECIADOS. I)

LA ENVÍA GRATIS Á QUIEN LA SOLICITE

EDAD: Mayor de veintidós años. **TÍTULO:** Licenciado ó Doctor en Medicina y Cirugía. **INSTANCIAS:** hasta el 3 de Noviembre. **DERECHOS:** 85 pesetas. **PROGRAMA OFICIAL:** de 20 de Octubre de 1927, declarado vigente para estas oposiciones, se envía gratuitamente.

OBRA DE PREPARACIÓN AJUSTADA AL PROGRAMA VIGENTE:

"CONTESTACIONES REUS" PARTE TEORICA. Obra escrita por los Sres. **D. CARLOS RUBIO DE LA TORRE**, médico y abogado, jefe de Negociado en la Dirección general de Sanidad, profesor del Instituto de Medicina Legal de la Universidad Central, etc.; **D. VALENTÍN MATILLA**, médico del Cuerpo de Sanidad exterior, jefe del Laboratorio del Hospital del Rey para enfermedades infecciosas, etc., y **D. LUIS NÁJERA ANGULO**, ayudante en el Instituto de Bacteriología de Alfonso XIII: 15 pesetas.

“CONTESTACIONES REUS”: PARTE PRACTICA (con numerosos grabados). Obra redactada por los Sres. **D. PEDRO MAYORAL**, catedrático de Microbiología, Anatomía Patológica y Farmacología Odontológica de la Facultad de Medicina de Madrid; jefe de Sección del Laboratorio Municipal, y **D. RAMÓN LOBO**, profesor auxiliar de Higiene y Bacteriología Sanitaria de la Facultad de Medicina de Madrid, profesor del Laboratorio Municipal: **15 pesetas.**

PREPARACIÓN EN CLASES: 50 PESETAS MENSUALES

á cargo de los Sres. **GARCÍA HURTADO**, profesor del Instituto Rubio y jefe facultativo de la Beneficencia Municipal de Madrid con otros competentes colaboradores médicos.

En las últimas oposiciones de 1927, el CENTRO "EDITORIAL REUS" consiguió centenares de plazas con sus CONTESTACIONES anteriores y excelente preparación, para sus alumnos, cuyos justificantes se exhibieron en los escaparates de su LIRrería de PRECIADOS, 6.

INFORMES, DETALLES, PEDIDOS DE CONVOCATORIA, PROGRAMAS Y CONTESTACIONES AL

CENTRO "EDITORIAL REUS"

CASA FUNDADA EN 1852

Clases: Preciados, I.

Libros: Preciados, 6.

CORRESPONDENCIA: APARTADO 12.250, MADRID

El comienzo de la lepra—dice el Dr. Jeanselme—es insidioso, ya que se mantiene durante largo tiempo sin manifestaciones aparentes.

Existe un período largo de latencia en el cual la enfermedad no se manifiesta por ningún indicio. Los primeros accesos febriles son atribuidos generalmente por el médico al paludismo, mientras que los otros síntomas se achacan á otro sinnúmero de enfermedades.

Cuando aparecen las manchas y los tubérculos, se piensa generalmente en la sífilis y no en la lepra. Más tarde las manifestaciones se suceden, y al cabo de cinco años, y á veces de diez años, acaba por ponerse en evidencia la enfermedad.

Entonces ya es tarde para conseguir nada; queda tan sólo como única solución el internado de por vida en una leprosería del Estado, sin tener derecho á pensión alguna.

Es esta una injusticia social contra la que se rebela el espíritu amplio del ilustre profesor Jeanselme, solicitando de la Academia su asentimiento para que sea nombrada una Comisión que revise el proyecto de ley de 17 de Abril de 1883, gracias al cual los leprosos en período de latencia que excedan de cinco años disfruten una pensión del Estado.

Los Dres. Sertory y Meyer explanan una interesante comunicación técnica sobre la tolerancia ante los rayos X de los animales sometidos á un régimen lipoidogénico.

El Dr. Renaud habla sobre el lactoserum, y los profesores Melanid y Stylianopoulou sobre el laboratorio de bacteriología-veterinaria de Atenas.

DR. F. JAMATOBO

Gaceta de la salud pública.

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,1; ídem mínima, 705,1; temperatura máxima, 33°,0; ídem mínima, 20°,3, vientos dominantes, NE.

Los calores excepcionales que en Madrid dominan, interrumpidos por una transitoria baja de temperatura de veinticuatro horas, no se han significado, sin embargo, hasta ahora por grandes daños en la salud pública. Las perturbaciones gastrointestinales, las congestiones pasivas hepáticas y hemorroidales y las diarreas infantiles, principalmente de destete, han sido los padecimientos dominantes.

Crónicas.

Médicos extranjeros en España para estudiar nuestra organización antipalúdica.—Pensionados por la Sociedad de Naciones, se encuentran desde hace varios días en España los médicos que más adelante se mencionan, estudiando nuestra organización de la lucha antipalúdica en el Instituto Antipalúdico de Naval Moral de la Mata (Cáceres), bajo la dirección del Dr. Sadi de Buen.

Los pensionados son los Dres. Milos Aranicki (Yugoslavia), Ivan Markovina (Yugoslavia), Pierre Sergieff (U. R. S. S.), Melik-Paschaeff (U. R. S. S.), Vasile Craciunescu (Rumania), Angel Ivanowsky (Bulgaria), Lucien Leblanc (Congo belga), Svetirlav Atanaskovitch (Yugoslavia), Juan I. Jiménez Grullon (Santo Domingo), Aristides Comninos (Grecia), Nico Machwiladse (U. R. S. S.), Boitscheff (Bulgaria) y Li-Yuan-Po (Pekin).

Permanecerán en Naval Moral de la Mata y visitarán los demás dispensarios de la provincia de Cáceres durante un mes.

Previamente han asistido á un curso teórico-práctico dado en París.

A su vez han sido pensionados por la Liga de Naciones

y por la Dirección general de Sanidad de España, los doctores D. Narciso Alonso Cortés, médico auxiliar de la Comisión Antipalúdica, y el Dr. Ruesta, inspector provincial de Sanidad de Huesca, que han tomado parte igualmente en el curso de París y actualmente recorren Italia y Yugoslavia estudiando los métodos de lucha antipalúdica en dichos países.

Con éste son ya tres los años que interviene España en esta enseñanza de carácter internacional de médicos especializados en la lucha antipalúdica.

Colonias y excursiones.—De vuelta de Sierra Espuña, la primera colonia que incorporada á los exploradores ha salido de nuestro Colegio de Huérfanos varones, emprendió considerablemente aumentada la excursión á la Sierra de la Piñota, donde se encuentra acampada, gozando de excelente salud y de ervidiable alegría, según nos comunican los muchachos y testifica el celoso é irremplazable jefe de tropa de los exploradores D. Juan Antonio Dimas.

En cuanto á los excursionistas de la colonia de Malvarrosa, nada podemos decir, pues nos faltarían términos para ensalzar la noble, caritativa y amparadora gestión de los médicos valencianos. En este momento recibimos la noticia del regreso de los jóvenes que allí han permanecido durante un mes, en telegrama que el Sr. Moliner redacta en los siguientes imponderables términos:

«Al verificar despedida colonia niños huérfanos que regresan tren expreso contentos y satisfechos estación Malvarrosa, compácese reiterarle testimonio cariñoso afecto y anunciarle que colonos llevan para ustedes efusivos abrazos médicos valencianos. — El presidente Colegio Médico, Moliner.»

Tres días antes de la vuelta de los varones han llegado al mismo Malvarrosa 23 niñas procedentes del Colegio de Pinto, que también á diario nos comunican los obsequios de que están siendo objeto en la hermosa ciudad del Turia.

¡Bien por los médicos valencianos que hablan poco y hacen mucho!; como no olvidamos lo que hicieron en otro verano sus hermanos los médicos alicantinos y los de Chipiona.

Noticias.—Ha sido nombrado D. Justino del Villar Barragán inspector municipal de Las Cabezas de San Juan (Sevilla).

—Durante la ausencia del Dr. Horcada se ha encargado de la Dirección de Sanidad el Dr. Bécáres.

—Ha sido nombrado médico forense del Juzgado de Soria, D. Gregorio Nieto.

—Ha sido nombrado inspector médico de la Dirección general de Comunicaciones el Dr. D. Aureliano González Gutiérrez.

—Ha pasado á la Reserva por cumplir la edad reglamentaria el teniente coronel médico D. Justo Muñoz García.

—La *Gaceta* del 9 del actual publica las Bases para la construcción de los Hospitales de Santa Isabel y Benito, en los territorios españoles del Golfo de Guinea.

—Ha sido nombrado ayudante de Sección en el Instituto Nacional de Higiene de Alfonso XIII, D. Luis Ramón Fañanás, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional.

Viaje científico.—A bordo del trasatlántico francés *Brazza* han llegado á La Coruña más de 300 pasajeros, en su mayoría médicos y estudiantes de Medicina, de diferentes nacionalidades, que vienen realizando una excursión científica por España, Portugal, Madera, Canarias, Córcega y Marsella.

Entre los excursionistas, y presidiendo la expedición, va el Dr. René Bekers, secretario general de la Asociación de médicos de Bruselas.

Después de visitar el Sanatorio de Oza, el Dispensario de San Juan de Dios, la Clínica municipal y la Maternidad, se organizaron paseos en autocars á Santiago, Villagarcía, Pontevedra y Vigo.

Los viajeros marcharon muy complacidos de su estancia en la región gallega.

Reciprocidad de títulos.—La *Gaceta* ha publicado en su número del día 4 el texto del Convenio sobre reconocimiento mutuo de validez de títulos académicos y de in-

corporación de estudios establecido entre España y la República de Panamá. El Gobierno de este último Estado había signado el referido Convenio el día 16 de Marzo de 1925.

Vacantes.—Por razones de tirada de los muchos pliegos de papel que forman nuestro periódico, nos vemos precisados á adelantar á la imprenta las vacantes. Aun cuando insertamos todas aquellas de que hasta el día del cierre de la primera parte tenemos conocimiento, deseamos dar á nuestros cada día más numerosos lectores mayor información, y desde el número presente colocaremos en la Sección de Crónicas una que llevará por título *Vacantes* y en la que daremos cuenta de un modo reducidísimo de todas las existentes hasta el último momento de cerrar el número, sin perjuicio de publicar en los siguientes, con todo detalle, el anuncio correspondiente.

He aquí el modo de anunciarlas:

Jaraiz de la Vera (Cáceres). 2.000 + 200. 1 Septiembre.
Donde podemos leer: Vacante de Jaraiz de la Vera (Cáceres), con el sueldo anual de 2.000 pesetas, más 200 por Inspección municipal. Solicitudes hasta el 1.º de Septiembre.

—Miralcamp (Lérida). 1.250 + 125. 15 Agosto.
—Valdeltormo (Teruel). 1.250 + 125. 20 Agosto.
—Socuéllanos (Ciudad Real). 2.000 + 200. 1 Septiembre.

—Luque (Córdoba). 2.500 + 250. 23 Agosto.
—Abusejo (Salamanca). 1.500 + 150. 1 Septiembre.
—Carlet (Valencia). 2.500 + 250. 31 Agosto.
—Malaguilla (Guadalajara). 900 + 90. 1 Septiembre.
—Matarrubia (Guadalajara). 600 + 60. 1 Septiembre.
—Villagaliño (Burgos). 1.500 + 150. 20 Agosto.
—Almóndral de la Cañada (Toledo). 1.375. 18 Agosto.
—Almodóvar del Campo (Ciudad Real). 2.500 + 250. 26 Agosto.

—Utrilla (Soria). 1.500 + 150. 28 Agosto.
—Villanueva de Duero (Valladolid). 1.500 + 150. 22 Agosto.

—Cremenes (León). 2.750. 24 Agosto.
—Villaturiel (León). 2.750. 28 Agosto.
—Pobla de Montornés (Tarragona). 1.250 + 125. 26 Agosto.

—Marjaliza (Toledo). 1.375. 28 Agosto.
—Frómista (Palencia). 1.500. 26 Agosto.
—Villaescusa de Roa (Burgos). 1.250 + 125. 3 Septiembre.

—Alicia (Valencia). 2.500 + 250. 4 Septiembre.
—Losa del Obispo (Valencia). 1.250 + 125. 4 Septiembre.

—Fortuna (Murcia). 1.650. 4 Septiembre.
—Pino del Río (Palencia). 1.375. 3 Septiembre.
—Uztarroz (Navarra). 1.375. 23 Agosto.
—Mendavia (Navarra). 1.650. 23 Agosto.
—Fitero (Navarra). 2.200. 23 Agosto.
—Morillo de Monclús (Huesca). 2.750. 4 Agosto.
—Ainsa (Huesca). 2.750. 4 Septiembre.
—Vilavert (Tarragona). 1.375. 5 Septiembre.
—Amer (Gerona). 2.750. 2 Septiembre.

Asociación Médica Pan-Americana.—El próximo Congreso de la Pan-American Medical Association tendrá lugar en La Habana, Cuba, del 29 de Diciembre de 1928 al 2 de Enero de 1929.

El programa cuya redacción se encomendó al presidente, Dr. Fred H. Albee, de Nueva York, será, según nuestras noticias, de lo más completo y versará sobre cuatro puntos principales: Cirugía, Medicina, Pediatría y Medicina tropical.

Las ponencias se harán en español y en inglés. En este Congreso se pretende obtener la máxima representación de la profesión médica del hemisferio occidental.

Una de las recientes realidades logradas por la Pan-American Medical Association ha sido el establecimiento en Nueva York, del Hospital Pan Americano á beneficio de los enfermos de habla latina.

Junta provincial de Sanidad.—Esta Junta de Sanidad ha celebrado sesión para tratar asuntos de importancia á la salubridad pública.

Concurrieron el Dr. Lacasa, el Dr. Rodríguez, la representación del alcalde y el Dr. Mansilla, el inspector de Higiene Pecuaria, el subdelegado de Veterinaria, el jefe

de Obras públicas, el provincial de Estadística. Otros excusaron su asistencia.

Se aprobó el expediente de construcción de un cementerio en Humanes, según proyectos que fueron informados favorablemente por el Dr. Palanca.

Se estudió con detenimiento y fué aprobado el plan reforma para la defensa de la margen izquierda del río de Jarama. Se puso el vistobueno á los expedientes de traída de aguas y alcantarillado de Getafe y Carabanchel.

También se acordó conceder un botiquín al pueblo de Robregordo, interviniendo el Dr. Rodríguez en este asunto.

Quedó por último, pendiente de mayores elementos de juicio, el informe sobre construcción de un Saaatorio antituberculoso en Hoyo de Manzanares.

Cursos de Urología y Venereología.—A cargo de los Dres. D. Pedro Cifuentes y D. Enrique Alvarez Sáinz de Aja, tendrán lugar en el mes de Noviembre próximo, y en los Hospitales de la Princesa y San Juan de Dios, un Curso de Urología y otro de Venereología.

El primero comenzará el día 5 del citado mes y continuará todos los lunes, miércoles y viernes, á las diez de la mañana en el Hospital de la Princesa; y el segundo, empezará á explicarse el día 3, y continuará los martes, jueves y sábados en el Hospital de San Juan de Dios, de nueve á doce de la mañana.

El número de alumnos será limitado. Al terminar las conferencias tendrán derecho á recibir un diploma que acredite su asistencia al curso.

Derechos de matrícula: 150 pesetas.

Para más detalles, dirigirse al Dr. Sáinz de Aja, Alcalá, 66, Madrid.

Un sepulcro de la época merovingia.—En el cementerio de Tirlemont (Bélgica) una cuadrilla de obreros ocupada en la construcción de una bóveda en el lado lateral de la iglesia descubrió á gran profundidad y en un terreno muy arcilloso un sarcófago de piedra blanca, admirablemente conservado y encerrando huesos humanos.

Las losas que cubren el sarcófago tienen cinco centímetros de espesor.

Los socios del Círculo Arqueológico Thiunas se han trasladado á dicho sitio, y resulta de las primeras investigaciones que el objeto descubierto se remonta á la época merovingia. Las autoridades han adoptado medidas para la conservación del sarcófago.

Congreso Internacional de Otorrinolaringología.—El día 1.º del corriente se celebró en Copenhague la sesión solemne de clausura del Congreso Internacional de Otorrinolaringología.

Durante sus tareas y finalmente en la mencionada sesión, se acordó que el próximo Congreso tenga lugar en Madrid el año 1932.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid

Forma emulsionable en frío: 2,75 ptas. caja de 150 gramos

Forma cremosa: 4,25 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos —Muestras gratuitas

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estño coloidal.
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

SOLUCIÓN BENEDICTO

Glicero-fosfato de oal con CREOSOTAL

Preparación la más racional para curar la tuberculosis, bronquitis, catarros crónicos, infecciones gripales, enfermedades consuntivas, inapetencia, debilidad general, postración nerviosa, neurastenia, impotencia, enfermedades mentales, etc.

Farmacia del Dr. Benedicto, San Bernardo, 41, MADRID

Sucesor de E. Teodoro.—Glorieta de Santa M.ª de la Cabeza, 1.