

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDA

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.

Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner. — La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador.

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

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 1587

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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



PEPTOYODAL ROBERT

YODO ORGÁNICO EN
LÍQUIDO e INYECTABLE

PREPARADO POR J. ROBERT, SOLER
INGENIERO QUÍMICO y FARMACEÚTICO

FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA





NATROCITRAL ROBERT

ANTIDIPEPTICO

COMPRIMIDO
Y GRANULADO



PHOSPHORRENAL ROBERT

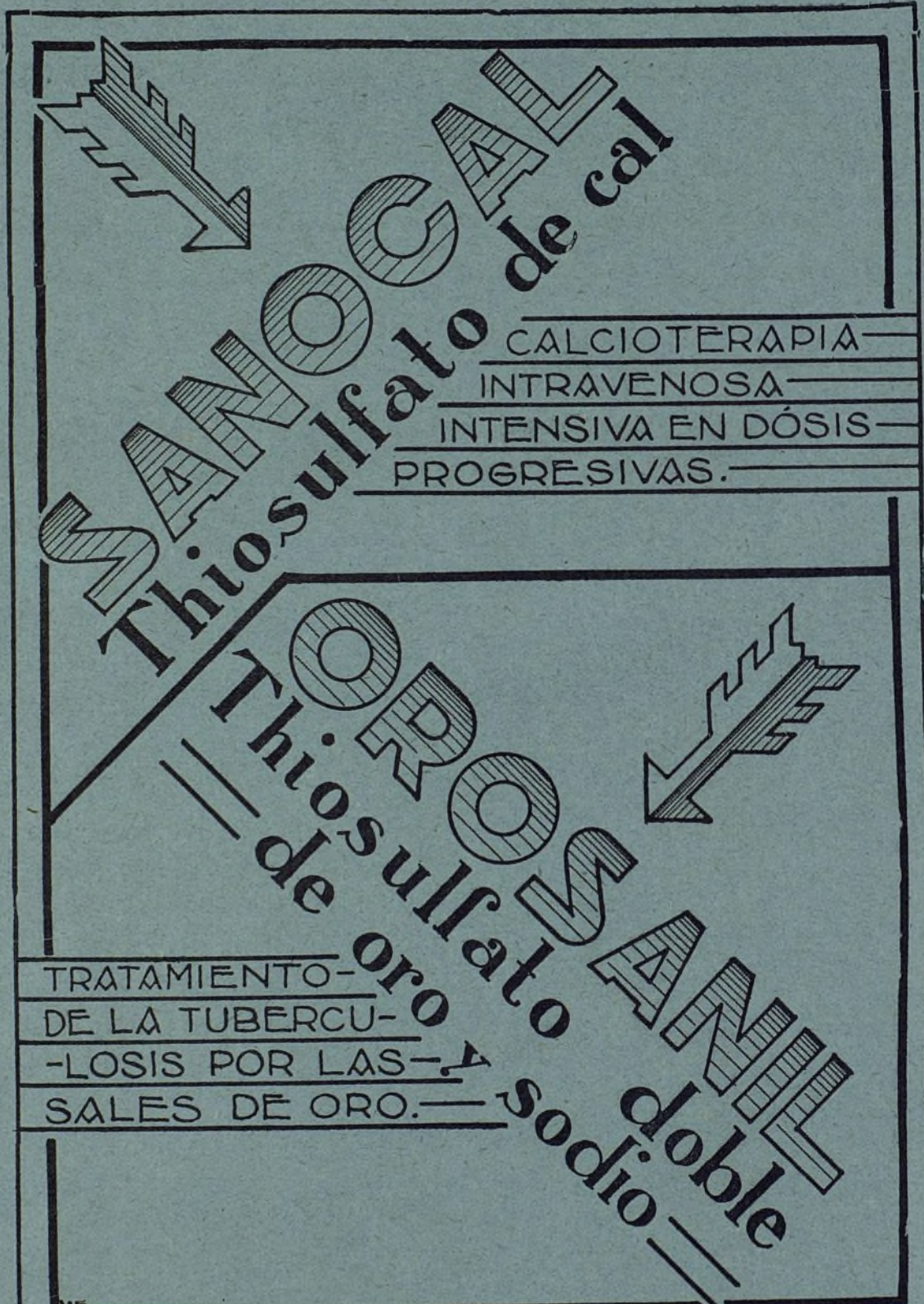
RECONSTITUYENTE

Los sres. Médicos lo
recetan en las tres formas:

GRANULADO, ELIVIR, INYECTABLE



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



SANOCAL
Thiosulfato de cal

CALCIOTERAPIA
INTRAVENOSA
INTENSIVA EN DÓSIM
PROGRESIVAS.

OROSANIL
Thiosulfato de oro sodio doble

TRATAMIENTO
DE LA TUBERCU-
-LOSIS POR LAS
SALES DE ORO.

PRODUCTOS NACIONALES.
PREPARADOS POR EL QUÍMICO FARMACEUTICO: J. ABELLÓ PASCUAL
DEPOSITARIOS PARA ESPAÑA
H. H. RIESGO. S. A. FLOR ALTA. 10. MADRID.

sisten en corizas o bronquitis, comunmente acompañados de angina. Trastornos del tubo gastrointestinal que simulan gastroenteritis corrientes. Síntomas meningíticos o polineuríticos sin fenómenos de déficit medular u anifiesto. La intensidad de estos síntomas iniciales que son los únicos de las formas abortivas no suele ser menor que la que presentan en los casos seguidos de las parálisis más intensas. Existen casos de síntomas iniciales acentuadísimos sin parésias ulteriores o con parésias muy reducidas, en tanto que otros casos, con una sintomatología inicial reducidísima y casi inadvertida, pueden tener parálisis extensas o terminar mortalmente.

El diagnóstico de estas formas abortivas no será posible sino en los tiempos de epidemia, cuando se produzcan los síntomas prodrómicos en la misma familia o en la vecindad de casos declarados. Resultará el diagnóstico más fundado cuando en el período febril existan la hiperestesia y los sudores que son tan típicos de la enfermedad. Si tras de estos síntomas prodrómicos existen algunos dependientes de la deficiencia funcional de la medula, aunque sean exclusivamente la abolición de los reflejos y alguna parálisis fugaz, se podrá asegurar el diagnóstico; claro que en este caso se debe decir más bien que existe una parálisis rudimentaria que una forma abortiva de la misma. El diagnóstico de todos estos casos solamente en los tiempos de epidemia o de amenaza de la misma, es posible, porque entonces se someten a la exploración neurológica detenida todos los casos de procesos febriles que se observan aunque tengan la apariencia de enfermedades comunes. El serodiagnóstico permite en la actualidad afianzar el diagnóstico.

Cuando la enfermedad se empezó a hacer epidémica, siendo así que, hasta entonces (1887 y 1895, las primeras epidemias bien conocidas), los médicos de mayor experiencia clínica, solamente habían tenido ocasión de conocer casos aislados, se planteó el problema de si se trataba de una enfermedad antigua en la que la morbilidad había aumentado bruscamente por causas que no se conocían o si se trataba de procesos de etiología diferente. En la actualidad no

espinal clásica hasta la forma bulbotuberancial pura. En los casos de poliomielitis anterior aguda superior se presenta este fenómeno de forma especialmente clara, pues existen lesiones del bulbo y de la parte superior de la medula cervical. Con frecuencia se presentan en este tipo de parálisis lesiones de la vía piramidal que determinan exaltación de los reflejos en los miembros inferiores y fenómenos de Babinski. Cuanto más precoz sea el examen a que se someta a los enfermos, tanto más corriente es el hallazgo de síntomas bulbotuberanciales, en cambio, las investigaciones retrospectivas hacen creer en una escasísima existencia de tales síntomas porque son transitorios y en general de buen pronóstico. La experiencia clínica coincide en estos casos con el resultado del examen histológico, pues las lesiones de las zonas motoras del bulbo no son ni con mucho tan importantes como las de las astas anteriores de la medula. Las lesiones de los núcleos motores, sobre ser reducidas, varían en cuanto a su extensión y a su intensidad de una epidemia a otra. Algunas parálisis infantiles en las que domina la parálisis del facial o se presenta como síntoma único, se suelen interpretar como procesos «reumáticos».

Pero esto sucede porque se exagera mucho la frecuencia de las lesiones reumáticas o de las debidas exclusivamente al enfriamiento. En el caso presente, precisamente el hecho de no presentarse la lesión poliomiéltica más que una vez, dejando al organismo como inmunizado contra la repetición de la misma, es un dato importante en contra del carácter reumático, ya que se sabe que este virus no produce inmunidad y que precisamente las enfermedades verdaderamente reumáticas tienen tendencia a la reproducción. Muchas veces se logra hacer una demostración directa de que el proceso tenido por reumático no es más que una manifestación parcial de una infección general o el síntoma más saliente (caso de tratarse de una parálisis del facial), de una lesión extensa de los nervios craneales. Los síntomas precursores y los concomitantes contribuyen también a afianzar este diagnóstico, sobre todo cuando tales síntomas consisten en fenómenos análogos a la gripe y en síntomas nerviosos fu-



gaces que son buena prueba de que no se trata de una parálisis aislada del facial. Entre estos síntomas nerviosos comitantes con la parálisis del facial se encuentran las del motor ocular externo, las de la lengua o las del velo del paladar, puntos dolorosos en el trayecto del trigémino o en el del nervio occipital mayor, y, por último, síntomas vestibulares. Todos estos procesos se inclinan antiguamente entre los síntomas de la polineuritis cerebral, pero se trata más bien de una enccefalitis y de una polioenccefalitis de la protuberancia. A veces tras de pródromos muy diversos se presenta una hemiplejía alterna inferior que es característica de las lesiones de la protuberancia, es decir, que se halla paralizado el facial por existir una lesión que ataca directamente a su núcleo de origen, y, en cambio, se encuentran paralizados los miembros del lado opuesto por lesión del haz piramidal. En este síntoma de la enccefalitis y de la polioenccefalitis protuberancial con tendencia a la parálisis aislada del facial, coinciden la parálisis espinal y la enccefalitis epidémica. La diferencia clínica entre ambas enfermedades es tanto más difícil cuanto que los pródromos en forma de proceso gripal son iguales en ambas enfermedades. Los síntomas de hiperestesia y hasta de los sudores también se presentan con frecuencia en la enccefalitis epidémica y hasta la modorra existe en la parálisis espinal cuando afecta esta forma. Los fenómenos anatomopatológicos se diferencian más por su localización que por sus detalles anatómicos. Esta coincidencia de las dos enfermedades y algunas semejanzas más hacen pensar en que la enccefalitis epidémica, la poliomielitis y acaso la verdadera gripe estén producidas por gérmenes estrechamente relacionados entre sí. Verdad que en la gripe se han descrito varios gérmenes a los que se atribuye la enfermedad, pero muchos autores se inclinan a creerlos exclusivamente asociados al verdadero germen y acaso iniciadores o facilitadores de la difusión de éste.

De este estudio resulta que cuando se presentan casos de parálisis aislada del facial, incluso en personas adultas, casos de los que corrientemente se incluyen en el diagnóstico de procesos de enfriamiento o procesos reumáticos, se

para hacer con ellos inoculaciones a los monos sensibles.

Existen casos abortivos de esta enfermedad. Su existencia era de presumir, sabiendo que en todas las enfermedades infecciosas y epidémicas se encuentran, con mayor razón se tienen que admitir, puesto que en épocas de epidemia se ve, por ejemplo, que en una familia enferman varios niños de los mismos procesos febriles digestivos o respiratorios, y en tanto que uno de ellos sufre una parálisis típica, los otros curan por completo o presentan a lo sumo, como todo vestigio de la enfermedad, una pérdida de los reflejos tendinosos o una ligera parálisis del facial. La importancia de estos casos abortivos es grande para la transmisión de la enfermedad. El serodiagnóstico contribuye a demostrar la existencia de tales casos abortivos y, por último, la confirma el experimento que demuestra la existencia de procesos abortivos en los monos, reconocibles en la inmunidad que los animales conservan. Las observaciones hechas con motivo de las epidemias han demostrado que la frecuencia de estas formas abortivas debe ser grande, pero hasta la fecha no se ha podido hacer estadística alguna acerca de las mismas. En algunas, el número de casos abortivos ha sido evidentemente mayor que el de los típicos y hasta se ha presentado con alguna frecuencia en los adultos. En algunos pueblos de una comarca invadida hubo muy pocos casos de parálisis, pero, en cambio, se presentaron numerosos otros de amigdalitis o de diarreas, que no se podían atribuir a transgresiones dietéticas y que se acompañaban de gran trastorno del estado general, con cansancio y dolores musculares. Las indagaciones por medio de preguntas formuladas a los médicos y a las familias en las que se presentó algún caso, no pueden dar resultado para la averiguación de la existencia de estos casos abortivos, porque su sintomatología es tan variada y tan borrosa como la del período agudo de la poliomielitis. Se trata en algunos casos de un estado febril sin síntoma alguno de localización o con dolores en los miembros que hacen pensar en la existencia de una gripe y en otros de síntomas principalmente localizados en un órgano, tras del pródromo febril. Los síntomas de localización con-

LABORATORIO García Suárez.

Calle Recoletos, 2 triplicado. — MADRID

SUERO

ANTINEURASTENICO

Injectables de 1, 2 y 5 c. c.

Solución isotónica
glicero-cacodílica estrícnica.

ANTICATARRAL

EL ANTISÉPTICO MÁS ENÉRGICO
DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS

En los pretuberculosos, catarros crónicos
y catarros agudos, sus efectos son eficacísimos.
Solución creosotada de glicero-clorhidrofosfato
de cal con Thiocol y Gomenol.

DOSIS: DE 2 A 3 CUCHARADAS

CIATICARINA

Elixir á base de salicilatos de litina,
colchicina y yoduro purísimo.

REUMA

GOTA

ARTRITISMO

NEUROTÓNICO

ELIXIR É INJECTABLE

Medicación glicero - arsenical fosforada con
nucleína y estricnina.

NEURASTENIA, CLOROSIS, ANEMIAS,
HISTERISMOS, CONVALECENCIAS
TUBERCULOSIS INCIPIENTE

RECONSTITUYENTE PODEROSO

Tratamiento curativo del ESTREÑIMIENTO HABITUAL con

PETROSINA

GARCÍA SUÁREZ

NO ES PURGANTE

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

Con su empleo prolongado
**SE CURA SIEMPRE
EL ESTREÑIMIENTO**



NO ES PURGANTE

Ayuntamiento de Madrid

Terapeutico-Cacodilica Intensiva e Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS
Una Inyección intra-muscular cada dos días

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Poderoso Estimulante
de la Hematopoyesis y de la Fagocitosis

Contra toda alteración del sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

**GRUPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

Agente Gen. para España: **FERNAND BEJAR, 173, ALCALA, MADRID, 9.**

BACTERIOFAGO

POLIVALENTE

ANTITIFICO
ANTIPARATIFICO A y B
ANTIDISENTERICO
ANTICOLIBACILAR

**VIA
HIPODERMICA
Y GASTRICA**

**Laboratorio del Dr. B. Roig Perelló
San Pablo 33 Barcelona**

¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum y post-abortum.

A CONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

Producto de fabricación nacional que desde el año 1894 ha llevado su fama siempre en aumento, llegando a ser considerado como una especialidad de primer orden consagrada por médicos y público, habiendo alcanzado supremacía como medicamento de éxito seguro para vencer dolores nerviosos o reumáticos los más variados sin producir accidentes de ninguna clase, ya que los medicamentos que integran su fórmula están en dosis mínima y solo por una feliz asociación de sus acciones analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.

Preparada esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri en su Laboratorio, Provenza, 203 Barcelona



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado. Tratamiento médico dirigido por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —

2 XI 1929

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

El contagio venéreo como delito.

El Dr. Waldemar E. Coutts firma un interesante trabajo sobre «El contagio venéreo como delito», aparecido en el núm. 8 del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Dado el interés del asunto creemos oportuno transcribirlo parcialmente.

La violenta lucha por la existencia impone, en nuestros días, a la mayoría

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.

de los pobladores de la tierra, un vasallaje que no les permite vivir de acuerdo con las leyes naturales. Nuestra necesidad de vivir absorbe el deseo de vivir de acuerdo con ellas, y los nervios gastados, por la cotidiana contienda de competencia, nos precipitan en una vorágine de placer sexual, caracterizada por una manía de buscar sensaciones violentas y cada vez más intensas, porque falta tiempo para vivir apaciblemente. Esto lo comprenden muchos, y el organismo erotizado desde sus orígenes, sacudido después por la impregnación ancestral de lujuria pagana, ha continuado siendo fuente de especulaciones para individuos que, en versos y escritos sensuales, derrochan su ingenio, contribuyendo a incrementar la llama del fuego que mantenemos encendido en el Templo del Amor.

Las enfermedades venéreas aumentan en casi todas partes del mundo; ni la declaración, ni el tratamiento obligatorio son medidas eficaces para impedir su propagación. Así lo revelan los informes de sanidad y estadísticas, aun de países que contemplan estas disposiciones en sus códigos.

En Inglaterra el número de nuevos

Almorranas internas, externas

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

casos venéreos y comunicados en 1926 comparados con 1925 fueron de 48.513 y 46.654, respectivamente.

En la Conferencia de la Liga Nacional contra el Peligro Venéreo, celebrada en Mayo de 1928, Cavaillon declaró que en Francia, en las aldeas y campos la sífilis disminuye lenta, pero realmente, mientras que en las grandes poblaciones y los centros obreros, después de encontrarse en vías de disminución hasta

1923, aumenta nuevamente. Jeanselme y Burnier confirmaron lo aseverado por Cavaillon, basándose en la estadística del Dispensario Antisifilítico San Luis, en el cual la proporción de casos recientes, de 50 por 100 en 1919 y 31 por 100 en 1923, aumentó a 40 por 100 en 1924, 60 por 100 en 1925, 65 por 100 en 1926 y a 63 por 100 en 1927. En 1928 se encontraban hasta la fecha de la conferencia a la misma altura que en 1920; pero ya se notaba un rápido ascenso de la sífilis.

En el Estado de Nueva York la sífilis encabezó en 1927 la lista de enfermedades transmisibles.

En la población de Nueva York hubo un aumento de 50 por 100 entre 1925 y 1927, siendo el coeficiente de 266 por 100.000 en 1925 y de 407 en 1927.

Muchos más son los países que acusaban un incremento en las enfermedades venéreas, pero los datos estadísticos precisos son difíciles de conseguir. Sin embargo, del estudio de informes de sanidad de diversos países, se desprenden dos hechos: primero, la disminución de las enfermedades venéreas en las insti-

nando la esterilidad de gran número de hombres y mujeres, contribuye a la despoblación del mundo. Estadísticas hechas minuciosamente demuestran que la gonorrea es la responsable del 25 por 100 de los hogares estériles en Estados Unidos, del 50 por 100 de las afecciones inflamatorias de la pequeña pelvis y del 75 por 100 de las operaciones abdominales mutiladoras que se

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

practican sobre los órganos genitales de la mujer.

Si las cifras que hemos consignado parecían exageradas para justificarlas, señalaremos el hecho que entre el 60 y 80 por 100 de las operaciones que necesitaron una ablación total de los órganos genitales femeninos en 1926 en la Clínica Mayo, de Rochester, donde se verifican cuidadosamente controles bacteriológicos, la causa directa era gonorrea. En la esterilidad masculina la gonorrea es la responsable de más de un 6 por 100 de los casos. La sífilis no ha sido considerada hasta este momento como causa importante en la determinación de la esterilidad; sin embargo, las alteraciones parenquimatosas de origen sífilítico del ovario y los testículos son mucho más comunes de lo que imaginamos.

b) Las enfermedades venéreas como causa de interrupción del embarazo y mortinatalidad.—Si bien es cierto que la gonorrea, por alteraciones de la mucosa uterina, puede ser causa de aborto, la sífilis por razones aún no bien establecidas lo es en proporción inmensamente superior.

En la Maternidad de Charlottenburgo, Berlín, hubo 477 partos prematuros, siendo 84 gemelos entre 13.090 partos; es decir, la premadurez repre-

Sedante del dolor, de la tos, de todo estado de excitación **ATROPAVER** reúne los alcaloides del opio y de la belladona.

sentó 3,6 por 100 y el aborto 22 por 100. Sólo en la tercera parte de los casos pudo averiguarse la causa de la interrupción del embarazo. En 75 por 100 se descubrió patología materna, encabezando la sífilis la lista con 43 por 100.

c) Las enfermedades venéreas como causa de mortalidad general.—La sífilis y la gonorrea aparecen en contadas ocasiones en los boletines estadísticos como causa de muerte. Esto obedece: en primer lugar, al concepto social erró-

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

tuciones armadas; y segundo, su manifestación disminuida en aquellos países cuyos códigos, además de la declaración y tratamiento obligatorio, contemplan disposiciones para el castigo del contagio consciente de una enfermedad venérea.

FUNDAMENTO BIOLÓGICO PARA CONSIDERAR LA TRANSMISIÓN DE UNA ENFERMEDAD VENÉREA COMO DELITO.

En diversas monografías hemos analizado los fundamentos de lo que denominamos «delito biológico» y que hemos definido como «todo acto encaminado a impedir la conservación y perfeccionamiento de la especie humana». De acuerdo con este criterio estudiaremos el alcance que puede tener un contagio venéreo.

a) Las enfermedades venéreas como causa de infecundidad.—Consideradas las enfermedades venéreas desde un punto etiológico, la gonorrea es la que con mayor frecuencia determina la esterilidad en ambos sexos, hecho cuya transcendencia sintetizó Morris en la siguiente frase: «Las enfermedades venéreas son responsables del suicidio involuntario de la especie humana, especialmente la gonorrea que, determi-

neo en que aún se mantiene a estas enfermedades, lo que motiva una cierta reserva del médico, y en segundo lugar, a que, con suma frecuencia, se estampa en los certificados la causa inmediata de muerte y no la naturaleza de la afección primitiva que determinó el cuadro

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

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

De venta en Madrid: Mantuqueras Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 56.

nosológico. En consecuencia, es muy difícil precisar con exactitud el número de defunciones cuya causa determinante primitiva son las enfermedades venéreas.

Estudios cuidadosamente verificados y controlados hechos en Alemania, Inglaterra, Estados Unidos, Italia, etc., nos permiten llegar a las siguientes conclusiones: el 30 por 100 de todos los hijos de padres sífilíticos mueren en la primera infancia, el 30 por 100 restante muere antes de llegar a la pubertad.

El inmenso y trágico cortejo de individuos que mueren en la plenitud de su vida, bruscamente, de afecciones cardíacas, renales, etc., nos demuestra que la sífilis impera aún soberana, y estoy seguro que, si en los certificados de defunción se estampara, no exclusivamente la causa inmediata, sino también la indirecta de muerte, nuestro asombro

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

ELIXIR CALLOL

ante los estragos que ocasiona la sífilis, sería indescriptible.

d) Enfermedades venéreas y criminalidad.—Schlapp y Smith sostienen que los actos delictuosos son el resultado de reacciones químicas y perturbaciones en el funcionalismo de las glándulas endocrinas y especialmente las sexuales, y que ningún individuo, sea normal o anormal, puede escaparse de la tiranía de sus propias células, lo que vendría a confirmar nuestras ideas al respecto y que expusimos en un trabajo intitulado «El instinto sexual y la vida contemporánea; su influencia en los actos delictuosos». La influencia de los trastornos genitales en los actos criminales no ha recibido la atención que se merecen. El incremento de las enfermedades venéreas con las innumerables lesiones que determinan y dejan a su paso—la gonorrea en la región de la

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

uretra posterior (verumontanum), en los testículos y ovarios, por destrucción, a veces completa, de la substancia glandular y la sífilis, atacando los centros nerviosos y destruyendo también el parénquima de las glándulas sexuales—han contribuido en grado no despreciable al aumento de la onda roja en todos los países.

Hace algunos años Collins, de Nueva

York, señaló que las primeras formas y modalidades en que se revela la parálisis general, la demencia de la encefalitis sífilítica y el cuadro mental que acompaña a la endarteritis sífilítica, se han descrito, pero no se han registrado precisamente las alteraciones menores que acompañan a la sífilis cerebral. Sin embargo, a veces logran destruir la carrera de la víctima, reduciéndola de hombre de promesa y acción, a hombre mediocre o criminal. Tanta importancia pueden tener estas lesiones que, actualmente en muchos países, se investigan cuidadosamente en todos los delincuentes las posibilidades de una neurosífilis oculta. Actualmente en Estados Unidos de Norte América 13 ciudades buscan sistemáticamente en los criminales reclusos en sus cárceles las posibilidades de la existencia de neurosífilis y en Chicago, Richmond, Detroit, Fort Wayne y Sioux City se examina bajo este punto de

“MALTOPOL”

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

vista a los agitadores obreros y anarquistas.

La transmisión de la sífilis, tanto a la primera como a la segunda y tercera generaciones, puede tener estrecha relación con el enorme incremento de la criminalidad infantil, señalada ya desde el siglo pasado, por Garófalo y Gaultier. Etienne Martín hace notar a este respecto que el número de niños heredo-sífilíticos constituye el 50 por 100 de la población de las escuelas correccionales y llama la atención hacia el hecho que las deformaciones craneofaciales, de indiscutible origen sífilítico, ocupan el primer lugar de la lista.

e) Las enfermedades venéreas como causa de incapacidad relativa o total para la vida.—Desde un punto de vista industrial no existen enfermedades que

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

produzcan mayores perjuicios que las venéreas, ya sea por el tiempo que pierden los obreros atendiendo a la curación de su mal y sus complicaciones, ya por la astenia que determinan. Estudios cuidadosos verificados en grandes centros industriales demuestran que, por lo menos, uno entre cada cinco operarios, ha tenido una enfermedad venérea y que la capacidad para el trabajo está disminuida en proporción considerable en los individuos afectados de sífilis. La sífilis y la gonorrea, además de ser causa directa de la incapacidad relativa o absoluta que impide a innumerables individuos ganarse la vida normalmente por anquilosis de articulaciones, parálisis, etc., son también responsables en subida proporción de los ciegos que existen en el mundo.

Resumiendo entonces el conocimiento que nos proporcionan estos datos y otros contenidos en diversos textos y trabajos, podemos decir que la gonorrea es la responsable aproximadamente del

20 por 100 de todos los ciegos del mundo. En consecuencia, visto el alcance que una enfermedad venérea puede tener para el individuo y su descendencia vemos que, en el sentido estrictamente biológico, cumplen las enfermedades ve-

Son verdaderamente sorprendentes los resultados del alimento con

Eunutrina.

Harina de plátanos pura.

néreas con todos los requisitos para que su transmisión sea considerada como delito.

EL FUNDAMENTO LEGAL

Nada podríamos agregar a la brillante defensa que sobre el fundamento legal del delito de contagio venéreo han hecho los juristas paladines del verdadero sentido biológico en que deben descansar las leyes. No obstante, no escapa a nuestro deseo manifestar que como médicos, consideramos que todo individuo es responsable de la enfermedad venérea que transmite y del daño que ésta puede originar en la persona contagiada. Para que exista responsabilidad es necesario que exista conciencia del daño que se va a producir y, existiendo ésta, toda ofensa o atentado contra los fundamentos biológicos, constituye un delito. En consecuencia, cabe esclarecer si realmente existe en el contagio de una enfermedad venérea, un derecho natural violado y un interés social que debe ser jurídicamente protegido.

Concretamente considerado el acto

Lactofitina: reconstituyente infantil.

del contagio venéreo, ejecutado por individuo en pleno goce de sus facultades mentales y consciente del daño que puede producir, constituye un delito contra el derecho de vivir y contra el derecho de gentes. Contra el derecho de vivir, por las circunstancias que hemos anotado al analizar los fundamentos biológicos en que consideramos descansa la razón del castigo del contagio venéreo, y contra el derecho de gentes, exponiéndonos a un daño que las leyes por medio de sus disposiciones deben evitarnos.

EL SECRETO MÉDICO FRENTE AL DELITO DE CONTAGIO VENéreo

Decíamos refiriéndonos a este punto: Es indiscutible que toda disposición legal produce una fase negativa debida

CARABAÑA: el mejor purgante.

a la natural reacción contra la violación de las libertades individuales; pero no es menos efectivo que la medicina social nos lleva paso a paso a la destrucción del concepto absolutista del secreto profesional en beneficio de la salud colectiva. El día en que no tengamos el derecho de conservar nuestro secreto profesional perderemos gran parte del asistente que tenemos ante nuestros en-

SIGUE A LA PAGINA XXIV

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

Haptinógeno N E U M O Méndez,

para el tratamiento específico de la

**GRIPE—NEUMONIAS—BRONCONEUMONIAS—RINITIS
PLEURESIS — ANGINA PULTACEA — LARINGITIS
Septicemias en general.**

Haptinógeno G O N O . — Haptinógeno E S T A F I L O
> E C Z E M A . — > D I F T E R I A

LITERATURA CIENTIFICA:

Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España

M. MARTÍN YAÑEZ. — Apartado 384. — MADRID. — Teleg. EMINAL. — MADRID

Importante:

Si en su casa de compras no encuentra nuestros productos, pídales directamente al agente en Madrid.

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 E INYECTABLE)

Medicación dinámico y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

M u t a s á n

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Ayuntamiento de Madrid

SANATORIO PEÑA-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



Estafeta de partidos.

Nos advierten, para conocimiento de los compañeros, que en el pueblo de Horche (Guadalajara) existen dos médicos que tienen contratadas las igualas de una parte considerable del pueblo.

VACANTES

La de médico titular e inspector municipal de Casaseca de las Chanas y Cazorra (Zamora), que forman el partido, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Las igualas están contratadas. Recibirá 2,50 pesetas por cada mozo que reconozca.

Datos. — Lugar con Ayuntamiento de 600 habitantes, a 14 kilómetros de la capital, que es su cabeza de partido.

La estación más próxima, Corrales, a 2 kilómetros. Carretera.

—La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla anuncia la vacante de la plaza de académico numerario en la Sección de Medicina. Solicitudes documentadas hasta el 6 de Noviembre. Dirigirse al señor presidente, calle de Alfonso XII, 12. El B. O. no indica ningún dato más.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Añover de Tormes y Palacios del Arzobispo (Salamanca), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a 20 familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 23 de Noviembre.

Datos. — Villa con Ayuntamiento de 360 habitantes, a 11 kilómetros de la cabeza de partido (Ledesma) y a 31 de la capital, cuya estación es la más próxima.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Basardilla (Segovia), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 21 de Noviembre.

Datos. — Lugar con Ayuntamiento de 295 habitantes, a 11 kilómetros de la cabeza de partido (Segovia) cuya estación es la más próxima. Carretera de San Ildefonso a Peñafiel.

—Mediante concurso, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Caniles (Granada) con el haber anual de 2.750 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratar con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 19 de Noviembre.

Datos. — Villa de 3.750 habitantes, a 7 kilómetros de la cabeza de partido (Baza) y a 100 de la capital.

(Continúa en la pág. XXII.)

Lo más nuevo.

ACEITE HÍGADO DE BACALAO FOSFORADO, DULCE Y AROMATIZADO. — Preparación original que ofrece el Aceite Hígado de Bacalao, sin substancia extraña y manipulado en frío para conservación de sus vitaminas, fosforado, de sabor gratísimo y aroma exquisito. Único preparado mundial de tales caracteres.

FIMONIOL Elixir. — Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

NUTRIL. — Extracto céreo, leguminoso, maltosado. Tónico, nutritivo y vigorizador.

REUMATINOL. — Eficaz antirreumático de fórmula renovada y científica. Poderoso antiurémico.

Servimos muestras indicando estación destino.

LABORATORIO EGABRO. — CÁDIZ (Córdoba), España.

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.

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.

EL AGUA DE MAR NATURAL VIVIENTE

MARHIDRAL

DE PELLETIER

CON SUS SALES DE POTASIO, SODIO, CESIO, LITIO, PLATA, RUBIDIO, ESTRONCIO, BARIO, ALUMINIO, MAGNESIO, HIERRO
COBALTO, COBRE, ESTAÑO Y ARSÉNICO

ADemás DEL YODO, BROMO, FÓSFORO, SÍLICE, FUOR, ETC. :: LAS MATERIAS COLOIDALES Y SU RADIOACTIVIDAD

Es un remedio terapéutico activísimo a pesar de las cantidades infinitesimales en que se encuentran algunos de estos elementos por su
estado biológico de electrones vivientes.

Contiene además este producto ácido fosfórico, yodo fisiológico y arrenal en combinación con extractos de algas.



Sanatorio Psiquiátrico de San José.

Dirigido por los Hermanos de San Juan de Dios.

Balneoterapia. — Helioterapia. — Roentgenoterapia. — Clinoterapia.
Instalaciones último modelo (1929). Tratamiento especial de la
parálisis general y demencia precoz (malariaoterapia). — Curas de
reposo y desintoxicación.

Departamento especial para morfinómanos y alcohólicos.

Régimen alimenticio con arreglo a prescripción facultativa.

Teatro. — Cinematógrafo. — Billares. — Radiotelefonía. — Biblioteca. — El Parque sanatorial más extenso de España.

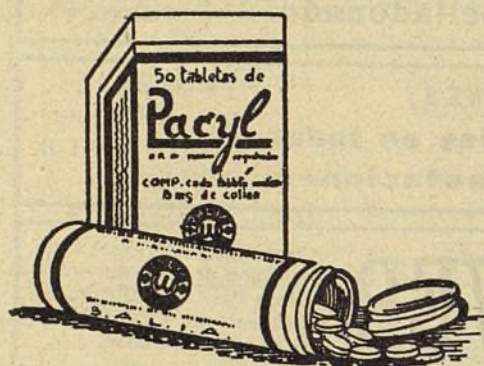
SUPERFICIE DE TERRENO: 70 HECTÁREAS

HOTELES INDEPENDIENTES CON JARDIN

Médico elegido por las familias. — Los señores médicos de cabecera pueden encargarse del tratamiento de sus enfermos. — Servicio médi-
co permanente. — Instalaciones para Terapia de ocupación. — Estación de ferrocarril en la línea de Madrid a Aranjuez. — Media hora en
automóvil desde Madrid. — Puede ser visitado cómodamente por el médico y familia. — Automóvil para el servicio médico.

Correspondencia: Sr. Director del Sanatorio Psiquiátrico de San José. — Tel. núm. 5. — Ciempozuelos.

Ayuntamiento de Madrid

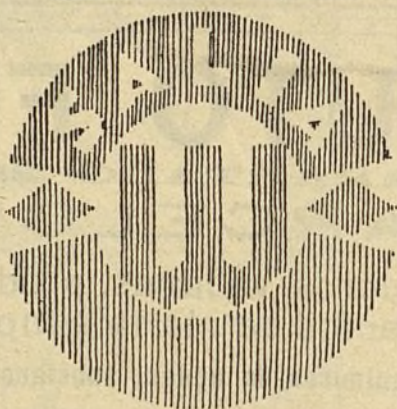


Tubo de 50 tabletas de 5 miligramos
a base de un derivado de
**Colina: el hormón hipotensor
del organismo**

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

Pacyl



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

MENOPAUSIA

Pida muestras y literatura

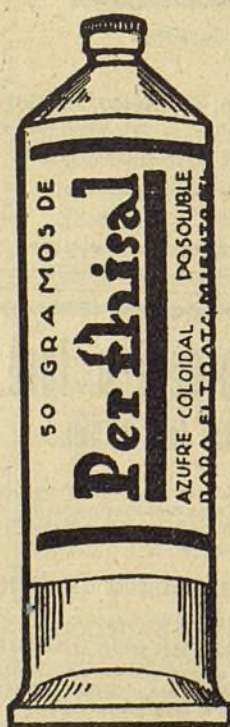
S. A. L. I. A.

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.



Perthusal

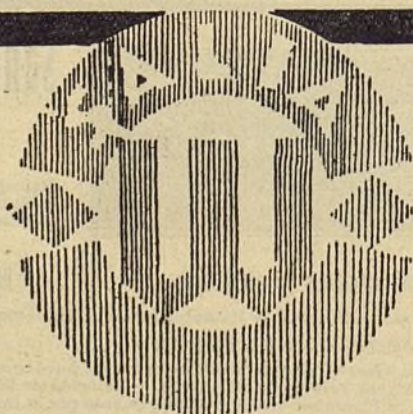
Pomada de
**azufre coloidal
liposoluble**

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

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. JOSÉ FRANCOS RODRÍGUEZ

VITAL AZA
Ginecólogo. Académico C. de la R. A. N. de M.

J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa

L. CARDENAL
Catedrático. Académico. Cirujano del Hospital de la Princesa.

J. CODINA CASTELLVÍ
Académico. Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.

R. COMENGE
Oftalmólogo. Jefe del Parque Sanitario de Madrid. Del Instituto de Alfonso XIII.

J. L. ELIZAGARAY
Académico. Del Hospital General.

A. ESPINA Y CAPO
Académico de la Real de Medicina.

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.

A. FERNÁNDEZ
Ex-interno de la Facultad y Hospitales.

S. GARCÍA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.

A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico.

J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.

B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.

T. HERNANDO
Catedrático. Académico.

F. HUERTAS
Del Hospital General. Académico.

C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.

E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.

G. MARAÑÓN
Del Hospital General de Madrid. Profesor A. de la F. de M. Académico.

M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.

M. MARTÍNEZ SALDISE
Publicista. Médico.

J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.

B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.

F. PECO
Medicina interna.

G. PITTALUGA
Catedrático. Académico.

A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. Y. S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.

G. RODRÍGUEZ LAFORA
Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.

R. ROYO VILLANOVA
Catedrático de Med. legal. Valladolid.

J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.

F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.

J. M. TOMÉ Y BONA
Dermatólogo.

L. URRUTIA
Especialista en enfermedades del aparato digestivo.

A. VALLEJO NÁGERA
Jefe de Clínica mental militar de Oropesa.

J. M. DE VILLAVEVERDE
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.

R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico H. de la Real de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Secretario de Redacción: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: A propósito de la llamada epilepsia extrapiramidal, por José María de Villaverde.—Pseudotuberculosis pulmonar de origen cardíaco, por el Dr. Enrique Hervada.—El procedimiento de Méndez llamado de la «cavidad cerrada», en la curación de las infecciones con secreciones purulentas o puriformes, por el Dr. Luis Grot.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Policlínica de enfermedades nerviosas del Real Hospital del Buen Suceso.

A propósito de la llamada epilepsia extrapiramidal

POR

JOSÉ MARÍA DE VILLAVEVERDE

Supone un verdadero progreso en Neuropatología, aparte de algunas afirmaciones arbitrarias y algunas suposiciones unánimemente admitidas aunque no demostradas, el descubrimiento de la participación que en las funciones motoras desempeñan los ganglios centrales.

Como ocurre en otros muchos terrenos de la Medicina, en realidad se sabía algo de esto, pero lo que la clínica decía por un lado y la experimentación por otro, no se habían puesto de acuerdo y el resultado tenía que ser el no saber a ciencia cierta a qué atenerse.

De antiguo no se ignoraba que no era sólo la corteza—y hablando con más propiedad la región designada como motora después de las experiencias de Hitzig y Fritsch—lo que podía determinar reacciones motoras. Gran número de regiones subcorticales se hallaban en igual caso, sólo que la una-

nidad no existía ya en este punto. H. Nothnagel inyectó en el cuerpo caudado del conejo una solución de ácido crómico y pudo observar cómo se producían movimientos forzados en el lado opuesto del cuerpo. El eminente médico vienés llamó «nodus cursorius» a la región del cuerpo caudado donde podía producirse este fenómeno. En el cuerpo lecticular obtuvo unos resultados parecidos. La excitación eléctrica del cuerpo estriado permitió a investigadores posteriores pronunciarse sobre la función motora de la citada región, pero otros no fueron de este parecer.

La anatomía del sistema nervioso—valiéndose de sus métodos especiales de investigación—y los estudios de anatomía comparada no permitieron llegar a grandes conclusiones. L. Edinger, uno de los neurólogos que más se han esforzado en estos últimos tiempos en hacer que por estos procedimientos se abran cauces nuevos a la Patología, se mostraba muy escéptico sobre la importancia que en las funciones motoras pudieran tener los ganglios contrales. Y C. von Monakow—figura asimismo de gran relieve y uno de los representantes más ilustres del método anatómico—creía, no hace aún muchos años, que nos hallábamos poco menos que en los tiempos en que Nothnagel realizaba sus famosas experiencias.

Si la función de los ganglios centrales se ha pues-

to en claro últimamente y se ha visto la gran parte que toman en la motilidad, se debe, principalmente, a lo que la Patología y la Clínica han descubierto. En 1883, C. Westphal llamó la atención sobre una enfermedad parecida a la esclerosis de los centros nerviosos, pero que ofrecía la particularidad de no ir acompañada de lesión. Este hecho y la circunstancia de ser Strümpell quien años después estudió esta misma enfermedad, hizo que a ella se la conociera con el nombre de pseudoesclerosis de Westphal-Strümpell. Esta dolencia fué confundida con una porción de procesos patológicos, y como no podía menos de ocurrir con el histerismo, cometiendo este error figuras del relieve de Charcot y Souques, ya que por el momento no era posible a nadie darle su verdadera significación.

En 1912 Kinnier Wilson llamó la atención sobre una enfermedad familiar caracterizada por fenómenos motores a base de impotencia funcional y contractura y al mismo tiempo una cirrosis hepática. Y Fleischer, el mismo año, insistió sobre la existencia de una dolencia caracterizada por temblor, trastornos psíquicos, pigmentación oscura de varios parénquimas, entre ellos la córnea, y cirrosis hepática. Desde entonces esta enfermedad ha sido objeto de numerosísimos trabajos, y el descubrimiento de lesiones en los ganglios centrales, la *substantia nigra* y otras formaciones grises subcorticales ha demostrado la parte que todas ellas toman en los movimientos.

Esta pequeña introducción es necesaria cuando hablemos de la epilepsia en la forma que vamos a hacerlo. Al descubrirse que la corriente farádica, si excita el *Gyrus sigmoideus* del perro, puede producir un ataque de epilepsia, se dió una gran importancia a la parte que en las convulsiones toma la corteza cerebral. Pero esto no quiere decir que autores hubiera que no fueran de la misma manera de pensar—Nothnagel, Franck, Pitres, etc.—suponiendo que si las cosas ocurrían de tal modo era porque el estímulo, a través de la corteza, llegaba a otros centros que eran los verdaderamente encargados de producir las convulsiones. Por si esto fuera poco, convulsiones epilépticas se produjeron excitando los más variados sitios de los centros nerviosos, lo que condujo a que se supusiera la existencia de diversos centros epiléptógenos en las regiones más variadas y opuestas.

Hace años ya que Th. Ziehen llamó la atención sobre el hecho de que el componente clónico del ataque se engendraba en la corteza llamada motora, mientras que el tónico se originaría en regiones subcorticales. Para hacer tal afirmación se fundaba, no sólo en lo que la anatomía nos enseña, sino que tuvo en cuenta todo lo que los demás habían puesto de manifiesto experimentalmente, aparte de lo que él pudo descubrir. Lástima que a estos trabajos no se les preste toda la atención que merecen.

Los centros subcorticales que tomarían parte en la producción de las convulsiones tónicas serían—empezando por los ganglios centrales—aproximadamente los mismos que en la enfermedad de Parkinson, al

ser lesionados desempeñan papel tan importante. De esto se deduce que en la transmisión de los impulsos centrales a las células de los cuernos anteriores de la medula para producir las convulsiones son las vías del pie del pedúnculo, sobre todo la piramidal, la que influirá en las convulsiones clónicas, mientras que para las tónicas las situadas en la región de la calota son las que entrarán en función.

La experimentación ha demostrado gran parte de esta verdad, y la patología tiene en su haber numerosísimos hechos en favor de que, en líneas generales, las cosas ocurren de la citada manera. En el perro sin cerebro de Rothmann, sólo se pudieron obtener convulsiones tónicas.

O. Binswanger, uno de los tratadistas modernos de la epilepsia, cuyas afirmaciones son más tenidas en cuenta, se ha adherido a la manera de pensar de Th. Ziehen. Las convulsiones tónicas se engendraban en las regiones subcorticales, y *muchísimos ataques de epilepsia podrían evolucionar únicamente con el elemento tónico*. Al decir esto, fué quien de hecho habló primeramente de la epilepsia extrapiramidal que para muchos es un descubrimiento de estos últimos años.

La llamada epilepsia extrapiramidal comprendería, por lo tanto, las convulsiones tónicas cuando constituyen la totalidad del ataque, y además los ataques a base de otros síntomas motores sobre los cuales Binswanger llamó ya la atención, y que modernamente casi todos ellos se incluyen entre los producidos por lesión de los centros motores subcorticales. Entre aquellos los ataques de temblor ocuparían un puesto preeminente. La epilepsia coreica de Bechterew debe asimismo incluirse aquí.

Sobre la génesis de la epilepsia extrapiramidal y la parte que en ella toman los diversos centros motores, hemos escrito un largo artículo que aparecerá dentro de poco en una gran revista de Neurología del extranjero (1). La lectura de este artículo se la recomendamos a quien quiera formarse idea exacta del modo como hoy están planteados todos estos problemas.

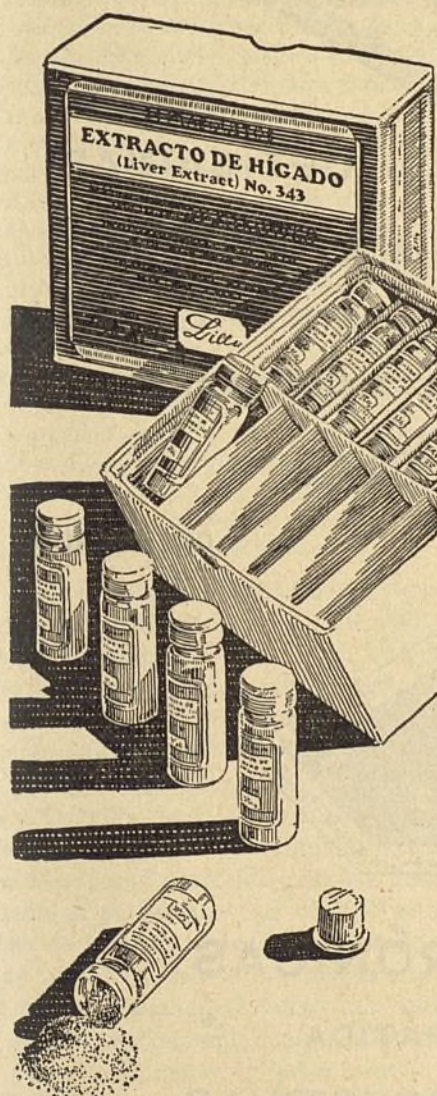
Los ataques tónicos no son del todo raros. Los hemos observado al comienzo de la epilepsia, pudiendo durar así más o menos tiempo, y luego evolucionar la enfermedad en forma del mal mayor con todas sus particularidades. Como un ejemplo de esto, podemos citar la observación siguiente:

Maria F., nacida en Enero de 1912. Comenzó a andar y a hablar a la edad habitual. Sarampión, sin complicaciones, a los cuatro años. En la escuela aprendió bien. Un día, cuando tenía cinco años, le dió un ataque cuyas características no hemos podido precisar, pero en el cual parece que perdió el sentido durante breves momentos. Este ataque no le volvió a repetir.

En Febrero de 1924 notó un día que de repente el brazo derecho se le quedaba como dormido y que se presentaba en él una contractura. Todo el miembro se le ponía como

(1) *L'Encephale*.

Extracto de Hígado No. 343 Lilly



EN EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA PERNICIOSA

ENTRE las muchas marcas de Extracto de Hígado que se vienen ofreciendo a la profesión médica, el No. 343 de Lilly se destaca como el original y el "standard" por el cual se juzga a los demás.

El Extracto de Hígado No. 343 Lilly es el único que se vende con la aprobación y bajo la dirección del Comité sobre la Anemia Perniciosa de la Escuela de Medicina de Harvard.

Todas y cada una de las partidas de Extracto de Hígado No. 343 Lilly son ensayadas clínicamente en casos actuales de anemia perniciosa, tanto por nuestra propia clínica como por el Comité de Harvard, antes de ser ofrecido para su venta. Gracias a este método, se eliminan las conjeturas, asegurándose, por lo tanto, la obtención de resultados definidos.

Si su proveedor no puede despachárselo, él prontamente podrá obtener existencias de nuestro distribuidor al por mayor:

Dr. Remigio Romero

Altamira 5 y Padilla 2

Alicante, España

Eli Lilly and Company

INDIANAPOLIS, E. U. A.

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRANIAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA
PRURITOS — ECZEMAS — ESTROFULO

COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



COLECISTITIS CRÓNICAS
INSUFICIENCIA HEPÁTICA
PERTURBACIONES DIGESTIVAS
DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia
Docteur E. PERRAUDIN*, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9^e

envarado, el puño cerrado, el antebrazo en extrema pronación y el brazo en adducción y rotación interna intensas. Esto duraba un instante y al poco tiempo el brazo comenzaba a elevarse poco a poco hacia adelante y se detenía en este movimiento ascensional al llegar a la posición horizontal. Al mismo tiempo no perdía el conocimiento; sólo sentía una cosa rara en la cabeza, como si no estuviera bien. Esto duró poco tiempo y se le pasó. No tuvo ningún otro síntoma motor, el color de la cara continuó siendo el mismo y no se orinó. El ataque le repitió al mes, luego a los quince días, y, por último, le daba cada ocho o diez días. A los trece años se le presentó la menstruación y esto no imprimió en la forma y frecuencia de los ataques la menor modificación. Los ataques se le siguieron presentando en la misma forma.

En Octubre de 1925 vimos por primera vez a la enferma. Se trataba de una muchacha muy bien constituida, sin presentar en su hábito exterior nada digno de mención. La exploración neurológica no demostró nada de particular. Todos los aparatos eran normales. Se le puso el clásico tratamiento bromurado.

Los ataques le siguieron dando en la misma forma. El luminal, que posteriormente se lo recomendamos, no condujo a ningún resultado. El curso de la enfermedad no experimentó variación hasta el verano de 1926 en que las convulsiones cambiaron de forma. Un día el ataque se presentó como siempre, pero en seguida perdió la enferma el sentido, tuvo convulsiones generalizadas, cayó al suelo, se mordió la lengua y se orinó. A la semana le repitió el acceso en la misma forma, y ya, en lo sucesivo, le daban siempre así. En otoño de 1926 hicimos que volviera a seguir con todo rigor el tratamiento bromurado. Los ataques de mal mayor desaparecieron casi del todo, pero de vez en cuando, aunque con una frecuencia un poco menor que antes, tenía manifestaciones motoras análogas a las del comienzo de su enfermedad.

Lo que en este caso vemos no puede ser más interesante. Se trata de una enferma epiléptica típica, como lo demostró el curso de su enfermedad y la presentación de ataques que referirlos a la citada dolencia se impone sin más. Los ataques eran, al principio, puramente tónicos y solamente se extendían a la extremidad superior derecha, siendo siempre así. Cuando después aparecieron los ataques de mal mayor, los primitivos venían a constituir el aura, y cuando, por último, los grandes desaparecieron, volvieron a presentarse los tónicos como en el comienzo de la enfermedad. El hecho de comenzar el ataque, al mismo tiempo que con la convulsión tónica, con parestesias en el brazo, nos indujo a creer que, aunque fundamentalmente subcortical, la corteza podía desempeñar un papel aunque secundario. El examen detenido de la sensibilidad de la enferma y las diversas radiografías que se le hicieron, no nos pudo poner nada de manifiesto que denotara una lesión de la circunvolución parietal ascendente izquierda—campos corticales 1, 2, 3 y 5 de la nomenclatura de Brodmann-Vogt—, que es la región que, principalmente, tiene que ver con la sensibilidad del lado opuesto del cuerpo.

Interesante es en extremo también la siguiente historia, porque aquí los fenómenos convulsivos extrapiramidales han hecho su aparición tardíamente,

después que hacía muchísimos años ya que había manifestaciones de mal mayor:

Juana P., nacida en 1874. Su madre padeció ataques epilépticos en forma de gran mal, y en los últimos años de su vida presentó síntomas mentales que, por lo que hemos podido averiguar, fueron manifestaciones muy intensas de involución epiléptica.

Un hermano de la paciente murió a los veinte años, pero desde los doce padecía ataques de mal mayor, aunque muy poco frecuentes.

Empezó a andar a la edad corriente y habló también más bien pronto. A los cuatro años tuvo una enfermedad febril que le duró pocos días y que fué diagnosticada de parálisis espinal infantil por no poder mover la pierna izquierda. La parálisis fué mejorando y la pierna quedó casi bien, pudiendo servirse de ella aunque se encuentra un poco más débil que la extremidad inferior derecha.

En la escuela aprendió bien, siendo sus facultades mentales buenas y su memoria excelente.

A los doce años perdió un día, súbitamente, el conocimiento y cayó al suelo. Tuvo convulsiones tónico-clónicas, se mordió la lengua, se orinó y se quedó amodorrada algún tiempo. Al volver en sí no recordaba nada. El ataque le repitió al año en la misma forma.

A los trece años se le presentó por primera vez el período, que desde entonces ha sido normal, y coincidiendo con ello, los ataques se han hecho mucho más frecuentes, presentándose varias veces por semana y hasta, en ocasiones, todos los días. La enferma ha seguido varias medicaciones, que han dado un resultado muy difícil de interpretar, pues unas veces los ataques eran más raros, pero esto ocurría también aunque no tomara nada, recrudesciéndose otras veces sin poderse explicar por qué.

En 1921 vimos por primera a la enferma. Es ésta una señora de estatura regular, más bien gruesa, sin nada digno de mención en su hábito exterior. La exploración neurológica no puso de manifiesto nada de particular. La exploración mental demostró una gran pérdida de memoria—objetiva y subjetivamente—, un gran retardo en todos los procesos psíquicos de asociación, incluso en aquellos que forman el fondo de sus ocupaciones habituales, y variaciones bruscas de su estado de ánimo no explicables por ningún suceso y que pertenecen a las distimias del tipo más puro. La duración de estos estados—ordinariamente de mal humor: distimia irritable—es de horas o, en ocasiones, casi de un día, y en ellos a la enferma nada se la puede decir porque reacciona a todo con una violencia extrema.

A esta paciente la tratamos de un modo intenso con el bromo y el régimen declorurado, y conseguimos que los ataques casi desaparecieran y que los raros que aún le daban fueran de muy poca intensidad. Durante años hemos visto a la enferma en esta forma muy aliviada de sus fenómenos convulsivos, pero menos ya de sus síntomas mentales.

En el otoño de 1927 la enferma se nos presentó diciéndonos que la daban otros ataques que hasta entonces no se le habían presentado. La enferma, sin perder el conocimiento, varias veces al día, siente que se le contraen los maseteros de un modo involuntario, la boca se cierra con una fuerza muy grande, y por más que quiera abrirla, no le es posible. Durante estos fenómenos nota algo raro en la cabeza; como si las ideas y lo que vé fuera a irsele, aunque jamás llegue ese caso. En una ocasión, el ataque le dió teniendo entre los dientes un dedal, y la

convulsión fué tan intensa, que lo abolló, rompiéndosele al mismo tiempo un diente. El estado mental de la enferma había empeorado. La pérdida de memoria es ya muy acentuada, hasta el punto de que muchas de sus ocupaciones habituales no puede efectuarlas porque se le olvida todo. La atención es casi nula. El interés que antes tenía por algunas cosas de la casa lo ha casi perdido, y, en cambio, sólo se preocupa de pequeñeces, como un niño. Las distimias irritables son cada día mayores, y nadie puede permanecer a su lado, llegando, en una ocasión, hasta querer agredir con unas tijeras a una sobrinita suya.

El tratamiento de estos ataques no fué eficaz. Grandes cantidades de bromo a nada condujeron. El bromo combinado con el luminal tampoco dió un resultado digno de tenerse en cuenta, y el tartrato bórico potásico no consiguió absolutamente nada. La frecuencia de los ataques ha sido, sin embargo, diversa; pero esto no lo podemos relacionar con la administración de las drogas indicadas. Temporadas ha habido que ha estado casi bien de estos ataques, hasta el punto de darle uno al día; pero cuando se han intensificado, la terapéutica no ha conseguido nada.

Hemos podido, en una ocasión, ver uno de estos ataques. El color de la piel de la cara no se modifica; no existe el menor indicio de convulsiones clónicas, y las tónicas se circunscriben a los constrictores de la mandíbula inferior y a los músculos de la región posterolateral de la cabeza. La enferma echa la cabeza hacia atrás y cierra la boca con extremada violencia. Los maseteros, si se palpan, aparecen contraídos al máximum, y la boca es imposible abriрsela. La convulsión dura unos instantes, y la enferma queda después muy cansada. No hay Babinski, y las pupilas, de un tamaño medio, reaccionaban a la luz, aunque lentamente.

Que en este caso se trata de fenómenos epilépticos, aunque atípicos, no ofrece duda. La enferma presentó, desde la época de la pubertad, manifestaciones típicas de mal mayor, cuya naturaleza epiléptica es evidente, máxime coincidiendo con ataques de distimia irritable y síntomas psíquicos de los ya clásicos en la involución epiléptica. Pasados ya los cincuenta años, cuando la enferma estaba más satisfecha con la casi desaparición de sus ataques de mal mayor, aunque los síntomas psíquicos fueron muy acentuados, se presentaron convulsiones de carácter tónico localizadas en los músculos masticadores y en los de la región posterior de la cabeza, que hacían inclinarla fuertemente hacia atrás. Estos ataques aparecieron en una fase ya muy avanzada de la enfermedad, cuando la enferma hacía ya muchísimos años que tenía ataques de mal mayor y se hallaba en estado evidentiísimo de involución epiléptica.

La existencia de ataques epilépticos tónicos localizados a un miembro, se halla hace tiempo reconocida ya, aunque las observaciones publicadas sean escasas. O. Krisch ha publicado, no hace mucho, cuatro casos de éstos, y las consideraciones que sugieren no pueden ser de mayor interés. En uno de ellos — el de Dethloff —, un ataque de convulsiones tónicas, localizadas a los brazos, terminaba siempre con una convulsión tónica de la pierna izquierda, que era en extremo dolorosa, y que hacía que la ar-

ticulación de la rodilla estuviera fuertemente doblada durante cinco minutos. En los otros casos, las convulsiones tónicas se circunscribían asimismo a una extremidad.

Frente a estos ataques tónicos «focales» — tal como han sido designados por O. Krisch — existen los ataques tónicos generalizados. Estos se extienden a toda la musculatura del cuerpo, pero jamás va este estado seguido de convulsiones clónicas o, si existen, son en un grupo de músculos muy restringido.

En el trabajo nuestro — a que antes hemos hecho referencia — publicamos tres casos de éstos, que hemos seguido durante años, y en los que hemos podido estudiar, con todo género de detalles, la totalidad del cuadro sintomático. Si no hablamos aquí de estos enfermos, es por creer que la prioridad de su publicación corresponde a la citada revista, que así lo ha solicitado de nosotros. Esto, empero, no impide que hagamos algunas consideraciones de índole general sobre las convulsiones tónicas generalizadas de la epilepsia extrapiramidal.

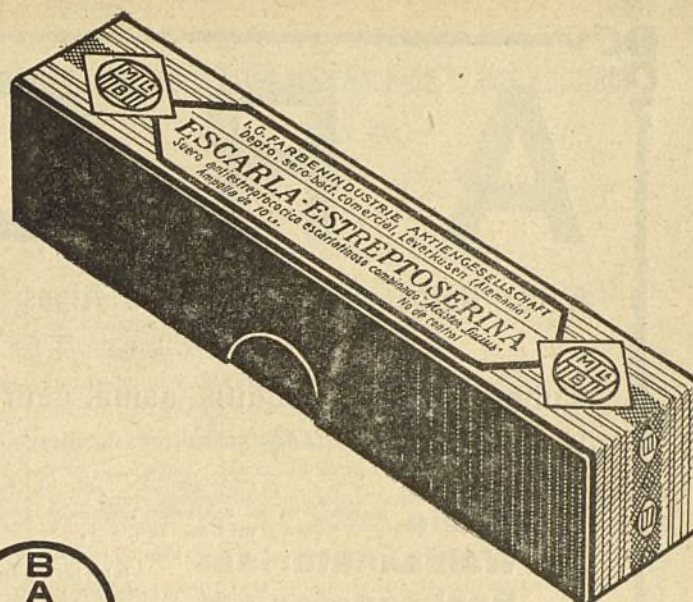
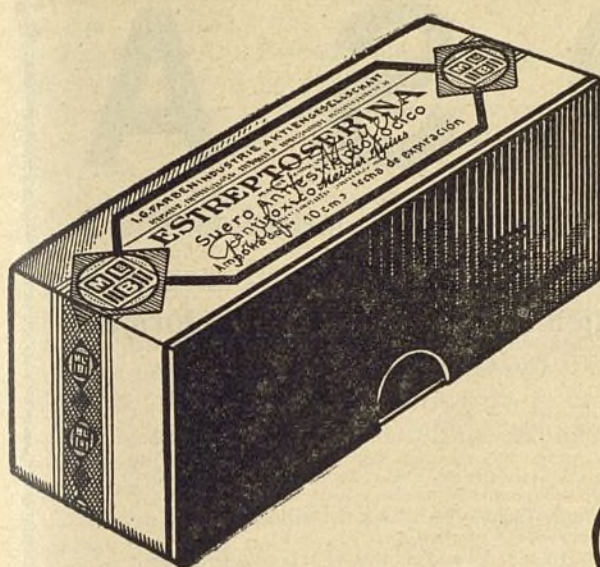
Los ataques pueden presentarse abriendo la sintomatología de la enfermedad o en pacientes que ya anteriormente han tenido manifestación de mal mayor. El tronco suele inclinarse fuertemente hacia atrás o hacia un lado, la cabeza adopta una posición parecida y los globos oculares se dirigen hacia arriba en grado extremo. Los brazos se hallan pegados al cuerpo en adducción y rotación interna exageradísimas y los antebrazos en pronación también muy grande. Las manos suelen cerrarse con fuerza. En las extremidades inferiores domina la extensión de las mismas; los pies están extendidos al máximum y al mismo tiempo en rotación interna y adducción. El ataque dura poco tiempo y pasa dejando al enfermo — que durante él no ha perdido el conocimiento — muy cansado.

Que cuadros parecidos a éste hayan sido reproducidos por vía experimental, como algunos pretenden, nos parece dudoso. Los conejos no tienen las extremidades como las del hombre y por esto lo que en ellos se ha creído ver, hace años ya, excitando el núcleo caudado, no es en modo alguno aplicable al hombre.

En estos últimos años, O. Foerster ha visto en las hemorragias ventriculares un cuadro que hasta cierto punto concuerda con el descrito. En él, la actitud de los miembros y el extremo envaramiento de los mismos es muy parecido al de la epilepsia tónica. El hecho de que la sangre al derramarse en el interior del ventrículo irrite el cuerpo estriado hace que este síndrome no esté desprovisto de valor cuando quiera hablarse de los efectos de la excitación en el hombre de la citada masa gris.

Bibliografía.

- Bechterew (W.): Ueber Epilepsia choreica. *Ztsch. f. Nerv.*, 1912.
 Binswanger (Otto): Die Epilepsie. Viena. Hölder. 1913.
 Edinger (L.): On the importance of the Corpus stri-



Estreptoserin

Suero antiestreptocócico antitóxico

según el Prof. Dr. F. Meyer

Suero antibacteriano preventivo y curativo, exento en absoluto de gérmenes.

Evita y combate la infección producida por la presencia de agentes patógenos en la sangre (sepsis, fiebre puerperal, flemones, angina, erisipela, peritonitis, peritífritis, etc.)

Ampollas de 10, 25 y 50 cm.³

Escarla-Estreptoserin

Suero antiestreptocócico-escarlatinoso combinado

según el Prof. Dr. F. Meyer

De acción antitóxica y bactericida en el tratamiento de la escarlatina y para evitar sus complicaciones.

Obtenido, por inmunización de caballos con estreptococos procedentes de casos gravísimos de escarlatina, y sus toxinas, por lo cual posee también la propiedad de neutralizar la toxina de Dick.

Ampollas de 10, 25 y 50 cm.³

PÍDASE MUESTRAS Y LITERATURA

La Química Comercial y Farmacéutica, S. A. Barcelona, Apartado 280

Ayuntamiento de Madrid
SUEROS Meister Lucius

AROSA

Suiza, Balneario de los Altos Alpes, a más de 1.800 metros de altura.

ABIERTO TODO EL AÑO

Tuberculosis, bronquitis, asma, neurastenia, etc., en todas sus formas.

Pidan prospectos ilustrados gratuitos a la dirección del Balneario y a las casas siguientes:

SANATORIOS:

Altein médico jefe, Dr. O. Amrein; médico de la casa, Dr. E. Zimmerli; 120 camas; precio de la pensión, desde 30 pesetas.—L. F. A.

Waldsanatorium médico jefe, Dr. W. Roemisch; médico de la casa, Dr. G. Hartmann; 100 camas; precio de la pensión, desde 30 pesetas.—L. F. A.

Parksanatorium médico jefe, Dr. W. Gæhwyler; médico de la casa, Dr. Thorner; 100 camas; precio de la pensión, desde 20 pesetas.—L. F.

Sanatorium Grand Hotel médico jefe, Dr. F. Lichtenhahn; médico de la casa, Dr. J. Joerimann; 50 camas; precio de la pensión, desde 17 ptas.—L.

Florentinum médico jefe, Dr. Bloechlinger; prop. Hermanas de Ingenbohl; 60 camas; precio de la pensión, desde 17,50 pesetas.—L. F. A.

Villa Dr. Hervig médico jefe, I. r. Heinz; prop. familia Herwig; 40 camas; precio de la pensión desde 19 pesetas.—L. F.

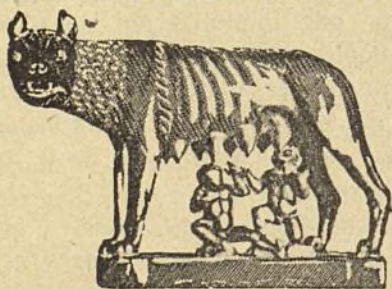
Furka médico jefe, Dr. O. Amrein, prop. F. Maron; 32 camas; precio de la pensión, desde 19 pesetas.—L. F.

SANATORIOS PARA NIÑOS (excepto tuberculosis pulmonar):

Prasura Jugendkurhaus und Kinderklinik Dr. F. Lichtenhahn; 50 camas; precio de la pensión, desde 17 pesetas.—L. F.

Kindersanatorium Dr. P. Pedolin; 25 camas; precio de la pensión, desde 15 pesetas.

L. = Ascensor. F. = Agua corriente. A. = Habitaciones con baño. Los precios comprenden también los gastos de médicos.



Consorzio
Neoterápico
Nazionale.

Roma.

Via Arno, 40.

Cura biológica del **PALUDISMO**

con la

"SMALARINA CREMONESE"

No contiene quinina.

Estimula la reacción orgánica en el individuo según las modernas teorías de inmunización.

Experimentada bajo el Control Oficial del Gobierno Italiano.

UNA CAJA DE COMPRIMIDOS

"SMALARINA"

CURA AL ENFERMO Y LO INMUNIZA

Pidan muestras y literatura á

COMERCIAL TAMAGNO, S. A.

Apartado 224.—BARCELONA



A los médicos rurales recomendamos el Colirio.

"IRIDAL"

Del Dr. E. PICCININO, de Turín (Italia).

Científico, desinfectante y
tonico del ojo.

Cura con frecuencia y alivia **SIEMPRE**

Pedir muestras y literatura á

COMERCIAL TAMAGNO, S. A.

Apartado 224.

BARCELONA

tum and the basal fore-brain bundle. *Journal nervous and ment. dis.*, 1887.

Edinger (L.): Die Faserung aus dem Stamganglion corpus striatus. *Verh. der anat. Ges.*, 1894.

Edinger (L.): Sur l'anatomie comparée du Corps striée (Cerveau des oiseaux). *Comp. red. de l'As. des anatom.*, Liege, 1903.

Edinger (L.): Vorlesungen ueber der Bau des nervösen Centralorgane des Menschen. und der Tiere. Leipzig. 7.^a edición.

Fleischer: Ueber eine der «Pseudosklerose» nahestehende bisher unbekannte Krankheit gekennzichnet durch Tremor, psychische Störungen braunliche pigmentierung bestimmter Gewebe, insbesondere auch der Hornperipherie, Lebercirrose. *Ztsch. f. Nerv.*, 1912.

Foerster (O.): Zur Analyse und Pathophysiologie der Striäre bewegungsstörungen. *Ztsch. f. die ges. Neur. und Psych.*, tomo 73.

Krisch (O.): Die biologische Einteilung der Epilepsien. *Monatsch. f. Neurol. und Psych.*, tomo 52.

Krisch (O.): Die «epileptische» motorische Varianten. *Monatsch. f. Neurol. und Psych.*, tomo 55.

Monakow (C. von): Experimentelle una pathologische-anatomische Untersuchungen über die Hauberegion, den Schhügel und die Region subthalamica. *Arch. f. Psych.*, 1895.

Monakow (C. von): Der rote Kern, und die Haube die Region hypothalamica. *Arbeiten a. d. Hirnanatomische Institut Zürich.*, 1910.

Nothnagel (H.): Experimentelle Untersuchungen über die Funktionene des Gehirnes. *Virchows Archiv.*, 1873.

Strümpell (C. von): Ueber die Westphallsche Pseudosklerose und über diffuse. Hirnsklerose insbesondere bei Kinder. *Ztsch. f. Nerv.*, 1898.

Strümpell (C. von): Ein weiterer Beitrag zur Kenntniss der sog. Pseudosklerose. *Ztsch. f. Nerv.*, 1899.

Strümpell (C. von): Historische Notiz ueber die Pseudosklerose. *Ztsch. f. Nerv.*, 1900.

Strümpell (C. von): Zur Kenntniss der sog Pseudosklerose, der Wilsonsche Krankheit und verwandte Krankheitszustände. *Ztsch. f. Nerv.*, 1916.

Westphal (A.): Beitrag zur Lehre von der Pseudosklerose (Westphal-Strümpell), insbesondere ihre Beziehungen mit der eisenartigen durch Pigmentierung, Lebercirrose, psychische und nervöse Störungen ausgezeichnete Krankheitsbild. *Arch. f. Psych.*, 1913.

Westphal (A.): Ueber doppelseitige Äthetose und verwandte Krankheitszustände (Striäres Syndrom). *Arch. f. Psych.*, 1919.

Westphal (C.): Ueber eine den Bilde der cerebro-spinalen grauen Degeneration ähnliche Erkrankung des Centralen Nervensystems ohne anatomische Befund nebst einigen Bemerkungen über paradoxe Contraction. *Arch. f. Psych.*, 1883.

Westphal (C.): Nachtrag zu dem Aufsätze «Ueber eine dem Bilde der cerebro spinal, etc.». *Arch. f. Psych.*, 1883.

Wilson (S. A. K.): Progressive lenticular degeneration, a familial nervous disease with cirrosis of the liver. *Brain*, tomo 34, 1912.

Wilson (S. A. K.): Degeneration lenticulaire progressive maladie nerveuse familiale associée à la cirrose du foie. *Rev. neurol.*, 1912.

Wilson (S. A. K.): Progressive lenticuläre Degeration. *Handbuch der Neurologie de Lewandowski*, 1914.

Ziehen (Th): *Archiv. für Psychiatrie*, 1890.

Pseudotuberculosis pulmonar de origen cardíaco ⁽¹⁾

POR EL

DR. ENRIQUE HERVADA

PSEUDOTUBERCULOSIS

El capítulo de la pseudotuberculosis se está revisando actualmente con nuevas e interesantes aportaciones. La exploración del pecho por los rayos X y las minuciosas indagaciones del laboratorio, han conseguido aclarar que no es la tuberculosis la causa que en tanta proporción parecía acaparar toda la patología del aparato respiratorio. La fiebre, la tos, la hemoptisis, la disnea, la anemia y el adelgazamiento son síntomas que ponen en guardia para hacer pensar en una lesión pulmonar; pero sólo el hallazgo de bacilos en la expectoración puede hacernos asegurar la naturaleza tuberculosa del proceso.

La ausencia del germen de Koch, cuando es debidamente comprobada por exámenes repetidos y seguros, obliga a plantear la discusión del diagnóstico diferencial entre todas las afecciones que puedan simular la tuberculosis.

Se han exagerado los extremos hasta haber ocasionado una indiscutible fobia tuberculosa.

Sergent ha podido demostrar que de 1.719 individuos declarados en un primer reconocimiento como tuberculosos, 542 resultaron padecer solamente las manifestaciones de una pseudotuberculosis.

PSEUDOTUBERCULOSIS PULMONAR DE ORIGEN CARDÍACO

Es muy frecuente que algunos enfermos se consulten como afectos del aparato respiratorio, siéndolo en realidad solamente del aparato circulatorio.

La pseudotuberculosis de origen cardíaco hay que sospecharla cuando los signos estetoscópicos pulmonares nos acusen estertores y anomalías respiratorias que no corresponden a los síntomas físicos que se aprecian corrientemente en las diferentes etapas de la tisis común, y no coinciden, por otra parte, con el aspecto general del enfermo ni con el positivo hallazgo de bacilos en los esputos.

Siempre que apreciemos un signo físico de valvulitis en actividad, o como secuela de un proceso infeccioso ya curado, debemos pensar primeramente que todo el cortejo sintomático del aparato respiratorio, que fué el que llamó la atención del enfermo (tos, expectoración, hemoptisis, disnea, dolores torácicos, etc.), puede deberse exclusivamente a la alteración cardíaca que encontramos.

En los pulmones se aprecia la congestión y el éxtasis visceral consecutivos al desfallecimiento funcional del miocardio, que es lo que llama Iagnov el síndrome pseudotuberculoso hiposistólico.

Por dos motivos podemos iniciar el diagnóstico diferencial entre estas dos enfermedades que pueden prestarse a confusión: o por fenómenos infecciosos o por fenómenos de déficit circulatorio.

Entre los fenómenos infecciosos, el primer síntoma a observar es la fiebre, sobre todo cuando podemos imaginarnos la posible existencia de una endocarditis lenta que pueda simular la iniciación de una tuberculosis pulmonar.

(1) Comunicación presentada en las Jornadas Médicas Gallegas Agosto 1929, La Coruña.

LA FIEBRE DE LOS CARDÍACOS

La fiebre es poco elevada e irregular en ciertos cardíacos en apariencia apiréticos. Según Hernando, la mayoría de las veces ignoran los enfermos que tienen temperatura hasta el momento de la exploración termométrica practicada por el médico. Laubry habla de la inestabilidad térmica de los cardíacos, estudiando un tipo hipertérmico y un tipo hipotérmico.

En el hipertérmico, la temperatura por la mañana es normal, pero por la tarde es francamente irregular. Tan pronto marea el termómetro, durante dos o tres días, unas pequeñas décimas de recargo, como señala bruscamente una alta elevación que dura uno o dos días.

En el hipotérmico, la temperatura matutina es muy baja y la vespertina sobrepasa los 37°.

En algunas endocarditis de forma lenta o prolongada de Osler, nota el enfermo escalofríos más o menos intensos y tiene la impresión de su estado febril.

El tipo de fiebre que ordinariamente acompaña a la endocarditis lenta, evoluciona por ciclos de dos o tres semanas, entre los cuales los enfermos quedan apiréticos durante uno, dos, o más días.

Según Mut, la fiebre de la endocarditis prolongada en el periodo de estado se caracteriza por su gran irregularidad.

En algunas endocarditis infecciosas de forma subaguda, el cardíaco adquiere tan solo el aspecto de un infeccioso (Leconte); es decir, que de los tres síndromes principales del conjunto sintomático de la endocarditis lenta—el síndrome cardíaco, el embólico y el infeccioso—predomina éste último en el cuadro morbozo y el enfermo adquiere un aspecto más o menos grave, según la virulencia del agente causal.

No nos referimos a los casos agudos de forma tifoidea o pihémica, donde la temperatura es muy elevada y el estado general acusa una fuerte impregnación tóxica, sino a la enfermedad tipo Osler o endocarditis de evolución lenta, que se traduce por el cuadro insidioso de una infección ligera; es decir, de una enfermedad ambulatoria.

En la estadística de febrículas de Marañón, hay cinco casos que presentaban la pequeña hipertermia como único síntoma de la endocarditis, pudiendo hacer los enfermos su vida ordinaria y habiendo sido diagnosticados con las consabidas etiquetas de la tuberculosis, fiebre intestinal, fiebre de Malta, etc.

Según Uruñuela, en los comienzos del padecimiento, la fiebre suele tener remisiones matinales y exacerbaciones vespertinas, con síntomas concomitantes del aparato respiratorio, que hacen pensar en la tuberculosis. Se plantean diversos diagnósticos menos el de endocarditis maligna lenta, porque por parte del corazón no se nota todavía nada que llame la atención.

La confusión de la febrícula de la endocarditis con la de la bacilosis es tan grande, que ha hecho exclamar a Rist que perdió la cuenta de los casos de endocarditis infecciosas que fueron a morir a su sala de tuberculosos.

En general, todos los cardíacos mueren corrientemente más por infección que por asistolia, y si esto se ignora es porque no ha sido tomada la temperatura (endocarditis subaguda terminal). (Leconte).

ÓTROS SÍNTOMAS INFECCIOSOS

Acompañan y completan el cuadro del síndrome infeccioso de la endocarditis lenta, la taquicardia, la anemia, las erupciones cutáneas (púrpura y nudosidades eritematosas), la esplenomegalia, la albuminuria y los sudores.

A excepción de las nudosidades de Osler, que son patognomónicas de la modalidad de endocarditis que lleva este nombre, los otros síntomas pueden existir también como manifestaciones de una infección tuberculosa.

El aborto de las cardíacas puede explicarse por la infección. El aborto, que es frecuente en las tuberculosas, aunque no tanto como en las sífilíticas, lo explica Fabre en las enfermas del corazón por la congestión de la mucosa uterina que impide la nidación del huevo.

EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL CON OTROS ESTADOS INFECCIOSOS PARECIDOS

Hay dos diagnósticos que no satisfacen al médico escudriñador: el diagnóstico de fiebre intestinal, cuando no se ha asegurado por las pruebas del laboratorio la existencia del grupo eberthiano, y el diagnóstico de gripe, que lejos de las grandes y características epidemias es siempre muy dudoso.

Hay que pensar, sin embargo, en ciertos diagnósticos de excepción que pueden simular la tuberculosis pulmonar. Nóvoa Santos dice que existen en Galicia algunos casos de infección melitense diagnosticados mediante las pruebas de laboratorio, pero que existen otros casos de fiebre que corresponden al tipo de la infección por el B. abortus de Bang. En el caso de fiebre ondulante de Bang, el hombre se infecta lo más corrientemente mediante el consumo de leche cruda, procedente de vacas enfermas. Algunos de estos enfermos presentan síntomas catarrales de las vías respiratorias.

El estudio de las formas pulmonares de la fiebre de Malta ha sido últimamente aumentado por Belthoux (Les pseudotuberculosas méltococíques, *La Presse Médicale*, número 51, Junio 1929) con la aportación de algunas interesantes observaciones y entre ellas un caso de tos coqueluchoidea emetizante y otro de congestión pulmonar y bronquitis ligera.

La sospecha de una infección capaz de dar una fiebre o una febrícula de tipo ambulatorio, será siempre confirmada por el laboratorio, y en caso de tisis mediterránea, por la reacción de Wright.

El diagnóstico diferencial de la endocarditis lenta tenemos que hacerlo con todas las manifestaciones febriles prolongadas: reumatismo, supuraciones ocultas, leucemias, focos sépticos orales, colecistitis larvada, cáncer latente, etc., pero sobre todo con la tuberculosis.

El reumatismo crónico, debido a la infección estreptocócica, parece originado por el estreptococo viridans, puesto en evidencia por los hemocultivos en serie, conservados cinco o seis días en la estufa; o mejor aún, por la positividad de la reacción de fijación del complemento, hecha en presencia de este germen con el suero del reumático, como lo ha comprobado Hastings en 44 casos (Conferences de Clinique Medicale pratique, par Ramon, 7.ª serie).

Por los solos fenómenos infecciosos benignos, compatibles con el trajín de la vida corriente, hemos diagnosticado con el Dr. Araujo, de endocarditis maligna prolongada, a una enferma en quien hemos podido descartar desde un principio la sospecha de una febrícula tuberculosa. El profesor Gil Casares confirmó ulteriormente nuestro diagnóstico, pudiendo actualmente apreciarse los signos físicos inflamatorios del endocardio mitral.

Conviene recordar que la forma lenta de la endocarditis maligna sobreviene en sujetos jóvenes portadores de una lesión valvular de origen reumático.

Los diagnósticos de tuberculosis, como endocarditis,

no tienen verdadero sentido práctico, si no van seguidos del epíteto de «evolutiva» o «activa».

La idea de una endocarditis evolutiva, debe de estar siempre presente en la mente del médico, cuando trata de plantear el diagnóstico causal de un ligero estado septicémico ambulatorio, con manifestaciones respiratorias.

La investigación de la puerta de entrada de los agentes responsables de las endocarditis lentas, es una labor las más de las veces infructuosa, a menos que, a imitación de algunos autores americanos, el médico se contente con atribuir el proceso a una mínima caries dentaria (Bordet).

Los casos de piorrea que conocemos no padecen reumatismo. Parece que hay casos curados por la avulsión de dientes. Según algunos autores, la artritis alvéolodentaria es otra manifestación del reumatismo.

LOS FENÓMENOS DEL DÉFICIT CIRCULATORIO QUE ORIGINAN SIGNOS FÍSICOS DEL PULMÓN

Los simples fenómenos mecánicos de la hiposistolia, también pueden hacernos pensar en la tuberculosis pulmonar, sin la intervención de los elementos infecciosos de origen cardíaco. La clínica ha demostrado que las modalidades del desfallecimiento cardíaco son mucho más variadas de lo que nos afirmaban las primeras descripciones clásicas.

Las congestiones pulmonares de los cardíacos son la expresión de los trastornos de la pequeña circulación, debidos a la disminución de la energía miocárdica, los cuales se manifiestan por disnea, expectoración y submacidez de las bases con estertores subcrepitantes.

Los síntomas pulmonares en la insuficiencia del corazón son muy frecuentes. Dice Mut, en su «Diagnóstico de las enfermedades del corazón»: Llevo ya varios años auscultando sistemáticamente la base de los pulmones a todos los enfermos que examino, acusen o no síntomas cardíacos o pulmonares, y he podido convencerme de la extraordinaria frecuencia con que estas bases presentan macidez o submacidez a la percusión y estertores más o menos finos perceptibles al oído.

Tan frecuentes son estos signos, que lo raro es no hallarlos en todo sujeto que pase de los cuarenta años. Muchísimos individuos que ofrecen un corazón sano, y los pulmones absolutamente indemnes por su parte anterior, laterales y posterosuperior, presentan en cambio disminución del murmullo vesicular y crepitaciones en la región posteroinferior, bien en un solo lado o en ambos de la espalda.

Los compañeros que trabajan conmigo en el Dispensario del Instituto Rubio, me han oído, con una insistencia rayana en la terquedad, recomendar la auscultación de la espalda por su parte inferior. Muchos enfermos que se quejan de fatiga a cualquier esfuerzo, y en los que el reconocimiento corriente de vértices y corazón resultan completamente negativos, la auscultación de las bases, cuajadas de finos estertores, han podido dar cuenta del porqué de la disnea. Fisiológicamente son los vértices los puntos menos ventilados del pulmón; pero mecánicamente puede asegurarse que son las bases las regiones donde por más tiempo persisten las lesiones debidas a un defecto de circulación.

Mackenzie asegura que el síntoma más precoz de la insuficiencia cardíaca es la aparición de finas crepitaciones en la base de los pulmones.

En las enfermedades del corazón, este encharcamiento de las bases es un guía seguro del estado de contracción cardíaca, disminuyendo cuando mejora la energía del

miocardio y aumentando en proporción al desfallecimiento de dicho músculo.

Según Bordet, son frecuentes las alteraciones de los órganos respiratorios debidas a la insuficiencia cardíaca. En unos casos se tratará de una disnea pura, de una simple dificultad respiratoria; en otros casos se tratará de disneas complicadas con modificaciones anatómicas broncopulmonares, fáciles de comprobar por auscultación.

No tiene aplicación para nuestro trabajo el hablar de la disnea de decúbito, del asma cardíaco, ni del edema agudo del pulmón; sólo encaja en la materia de nuestra conferencia el citar las congestiones pulmonares de los cardíacos, que pueden presentarse bajo aspectos diferentes de marcha tórpida. El curso crónico de estas congestiones conduce en último término a la induración roja, análoga a la del pulmón tuberculoso.

Estas congestiones suelen enmascarse por infecciones secundarias, que hacen desorientar en parte la esencial etiología cardíaca.

Cuando la congestión es bilateral, el origen cardíaco es más fácil de descubrir; pero en otras ocasiones los síntomas pulmonares hiposistólicos son localizados en uno de los dos vértices, dejando por esta razón más perplejo el ánimo del médico que aprecia en primer término los sospechosos signos físicos de un solo pulmón.

El síndrome pseudotuberculoso pulmonar, dependiente de la descompensación cardíaca, se traduce en general clínicamente por fenómenos apexianos en el pulmón derecho, que es la región donde se encuentran los signos físicos de una asistolia latente, o por fenómenos apexianos en el lado izquierdo, que es la región donde se encuentran los signos físicos de una estrechez mitral.

Según Iagnov, el proceso apexiano tuberculoso, como el pseudotuberculoso, se traducen semiológicamente por los mismos síntomas subjetivos y objetivos. La confirmación etiológica depende, como es natural, de otras exploraciones diagnósticas que se dirijan para averiguar la causa.

Relata Mut que se disponía a reconocer una enferma pensando por su aspecto en un corriente caso de tuberculosis avanzada. «Al auscultar pulmón me encontré con inspiración áspera y entrecortada en vértice derecho...»; y continúa la descripción hasta puntualizar el diagnóstico de endocarditis lenta.

El éxtasis de la pequeña circulación por hiposistolia, se manifiesta especialmente por signos físicos del ápex derecho, a causa de la manera de ramificarse los bronquios en este lóbulo.

El bronquio derecho se divide en tres ramas; una situada por encima de la arteria pulmonar, que se llama aparterial, y las otras dos situadas por debajo de la arteria, las cuales se llaman hiparteriales. En cambio el bronquio izquierdo sólo tiene dos ramas y las dos hiparteriales.

Como dice el profesor Cadarso, el lóbulo superior derecho no tiene representante en el izquierdo, resultando una falta de paralelismo en la circulación de ambos vértices. Esta marcada diferencia cambia la tonalidad de los movimientos respiratorios, que son más amplios en el pulmón derecho, acentuándose en este punto el estancamiento que acusa un corazón débil.

Es indiscutible que se aprecia muchas veces una modalidad de proceso pseudotuberculoso apexiano derecho; las disposiciones anatómicas de los vasos y de los bronquios intrapulmonares de este lado, y el éxito de la terapéutica cardiotónica, comprueban frecuentemente la realidad de este síndrome.

El síndrome pseudotuberculoso de la estenosis mitral, se manifiesta siempre en el pulmón izquierdo, por sonido timpánico a la percusión en el vértice e inspiración áspera y entrecortada.

Las relaciones entre la estrechez mitral y la tuberculosis pulmonar, han sido objeto de varios estudios por diferentes autores, y entre ellos, por el Dr. Verdes Montenegro. Refiere este fisiólogo que consultó a una muchacha con historia de catarros frecuentes, adelgazamiento, fatiga, hemoptisis, etc., la cual presentaba en el lado izquierdo, a la altura de los espacios segundo y tercero, un foco de estertores (signo de Cunninton). El caso había dado lugar a dudas, y predominaba el criterio de que se trataba de un brote tuberculoso. Al ser reconocida se apreció un soplo presistólico terminando bruscamente en el primer tono reforzado, desdoblamiento del segundo tono, trill, etcétera. Diagnosticada la estrechez mitral, se interpretaron los signos físicos pulmonares, como dependientes de la afección cardíaca. La enferma había tenido posteriormente diversos episodios, algunos de ellos febriles, exacerbaciones de los síntomas pulmonares, con tos y expectoración abundante; nunca se ha podido comprobar el desarrollo de un brote tuberculoso, siendo repetidas veces negativa la baciloscopia.

El síndrome extracardíaco de la estrechez mitral simula la tuberculosis. El medio más corriente y acaso el más importante, para diagnosticar la tuberculosis pulmonar en sus comienzos, es la auscultación comparada de los vértices. El médico interpreta la tonalidad de los ruidos respiratorios apexianos de cada lado. El sonido timpánico a la percusión en el vértice izquierdo y la inspiración reforzada y entrecortada, constituyen para Verdes Montenegro un síndrome de la estrechez mitral. Estos signos físicos van acompañados de tos, expectoración, hemoptisis, pérdida del apetito, fatiga, etc., los cuales hacen dirigir el pensamiento hacia un brote tuberculoso del pulmón.

Existen algunos casos de estrechez mitral, sin soplo manifiesto, que son muy difíciles de diagnosticar.

Es inútil insistir en los muchos casos de error de diagnóstico, que citan los autores, al declarar como tuberculosos a los enfermos que solamente tienen estrechez mitral.

La coexistencia de la estrechez mitral y de la tuberculosis pulmonar activa es muy rara.

DERRAMES PLEURALES DE LOS CARDÍACOS

Es frecuente la pleuresia serofibrinosa en los cardíacos, que no debe confundirse con el hidrotórax mecánico (Castaigne). Estas pleuresias están causadas por infartos pulmonares, que comienzan de una manera generalmente insidiosa. La sintomatología de estos derrames pleurales es bastante obscura, de suerte que el síndrome pleural completo suele faltar a menudo.

El simple hidrotórax (hidropesía de las pleuras) está caracterizado por la presencia de un líquido, generalmente muy claro y de muy débil densidad (menos de 1.005, según Lemoine) y pobre en fibrina y en elementos celulares con reacción Rivalta negativa. Contrariamente a la creencia general, el derrame del hidrotórax no es necesariamente bilateral; no es raro observarlo solamente de un lado, y casi siempre en el derecho. El hidrotórax es un trasudado y no un exudado.

El derrame de la pleuresia está caracterizado por un líquido más denso (por encima 1.008) y más rico en fibrina y en células.

La pleuresia de los cardíacos es secundaria a una congestión parenquimatosa, con o sin infección, o bien con-

secutiva a un infarto pulmonar subyacente. Los exámenes del laboratorio nos dirán si se trata de un derrame mecánico o inflamatorio.

Se puede observar en los cardíacos derrames de distinta naturaleza (hemorrágicos, purulentos, etc.). Para completar un diagnóstico son necesarios la radioscopia y la punción exploradora. La punción exploradora positiva debe de ir seguida de la punción evacuadora.

Existe también la pleuritis seca de los cardíacos. Por la intimidad de las circulaciones hepática y diafragmática y sobre todo por la comunicación existente entre la pleura y el hígado por los vasos y lagunas linfáticas, se propaga la inflamación del hígado a la pleura, dejando adherencias entre las dos hojas de esta serosa que se hacen perceptibles a la auscultación por el roce característico. Los frotos pleurales son uno de los primeros indicios de toda alteración anatómica del hígado tan frecuente en los cardíacos, los cuales roces una vez que se presentan, no desaparecen.

LA TOS POR INSUFICIENCIA CARDÍACA

Es tan frecuente la tos de origen cardíaco, que aun en los que sufren formas avanzadas de tuberculosis pulmonar, se atenúa este síntoma, cuando se atiende a tratar la insuficiencia cardíaca, consiguiendo por la digital y demás tónicos cardíacos, vencer el éxtasis circulatorio que origina la hiposistolia, y que sufren casi siempre los antiguos bacilares.

La tos nos hace pensar intuitivamente en una lesión pulmonar, y es necesario repetir algunas veces las exploraciones, para darnos cuenta de que el pulmón sólo sufre las consecuencias del déficit circulatorio. Son las manifestaciones respiratorias que pueden aparecer en un enfermo que no compensa suficientemente el equilibrio de la hidráulica circulatoria.

Según Lian, al lado de la disnea, de las palpitaciones y de los dolores precordiales, hay que colocar a la tos, como alteración frecuentemente observada en los sujetos afectados de una afección cardiovascular, la cual merece ser justamente considerada como un síntoma cardíaco.

Aunque la tos no es frecuentemente más que un epifenómeno, resulta a veces la manifestación dominante que obliga a consultar al cardíaco. La tos de las endocarditis malignas de marcha lenta, es un síntoma precoz y frecuente, que lo ha observado Hatzieganu en el 80 por 100 de los casos.

El signo de la tos nocturna en los endocárdicos, ha sido mencionado por primera vez por Mlle. Calugareanu, en su tesis del doctorado (1925). Por sus particularidades merece ser considerada esta tos como un síntoma independiente.

La tos cardíaca sobreviene durante la noche con caracteres propios, resultando la natural consecuencia del mismo factor etiológico de la endocarditis lenta, es decir, de la infección.

Esta tos rebelde, de tipo quintoso, es más bien seca que húmeda, de comienzo ruidoso, para debilitarse ulteriormente y ser muy apagada al fin de la enfermedad. El carácter nocturno de este síntoma constituye un elemento de gran valor diagnóstico para investigar la enfermedad.

El enfermo apenas tose durante el día; los accesos de tos se presentan en cuanto el enfermo se acuesta; algunas veces dos horas después de haberse metido en la cama, pero siempre de todos modos en la primera parte de la noche.

Las quintas se suceden a cortos intervalos, haciéndose

muy molestas para el enfermo, quien en una posición casi ortostática, disneico y cianótico, se esfuerza para conseguir expectorar.

Después de grandes esfuerzos, consigue arrancar una escasa cantidad de esputos viscosos, seromucosos, con pequeñas concreciones purulentas. Al examinar estos esputos se observa frecuentemente albúminorreacción positiva, de una intensidad creciente hacia el fin de la enfermedad. Se encuentra por otra parte mucina, polinucleares, células cardíacas y una flora microbiana en la cual predomina el estreptococo.

El carácter de los esputos se modifica después de la aparición, casi siempre tardía, de los fenómenos de insuficiencia circulatoria: la expectoración se hace más abundante, seroespumosa y aun hemorrágica, después de los infartos pulmonares, tan frecuentes en los cardíacos.

Las quintas se espacian después de media noche, para cesar luego completamente, dejando dormir al paciente el resto de la noche, cuando ya rendido consigue conciliar el sueño. Por la mañana la tos reaparece, pero a esta hora menos fatigante, desapareciendo después de que el enfermo ha expectorado una pequeña cantidad de esputos pituitosos, los cuales tienen el mismo aspecto de los que acabamos de describir.

La tos nocturna en la endocarditis infecciosa de evolución lenta, es de una constancia notable. En todas las historias clínicas descritas hasta el presente, la tos aparece precozmente. Generalmente este síntoma sólo es precedido del síntoma de disnea de esfuerzo. *Los accesos de tos se presentan siempre antes de que la insuficiencia circulatoria sea clínicamente perceptible.*

Sin responder a los diferentes béquicos, su intensidad varía considerablemente: tiene periodos de calma, seguidos de fases donde este síntoma domina tan impetuosamente el cuadro clínico, que el enfermo, que hasta entonces no le daba importancia a la temperatura ni a la disnea de esfuerzo, busca por todos los medios atenuar este molesto síntoma que constituye la principal alteración que origina la enfermedad.

Día por día, durante la evolución de la endocarditis, la tos presenta una periodicidad manifiesta.

Cuenta Hazieganu, que varias veces los enfermos del Hospital protestaban del ingreso de un afecto de endocarditis, porque les molestaba e impedía el sueño la tos estruendosa de esta clase de pacientes.

Después de algunos días de reposo, con o sin mediación cardiodinámica y antiséptica, la violencia de la tos disminuye, para volver a presentarse más o menos tarde.

Estudiando la causa de esta periodicidad se ha podido establecer un paralelismo entre la intensidad de los accesos de tos y la curva térmica de estos enfermos: las elevaciones en la gráfica corresponden siempre con los periodos de tos intensa; en cambio, no hay paralelismo entre la tos y los otros fenómenos pulmonares: disnea, bronquitis cardíaca e infarto.

Nosotros hemos observado muchas veces la tos coqueluchoidea de la insuficiencia cardíaca. Ultimamente hemos visto con los Dres. Souto Beavis, Casares, y Peña Novo, a una enferma que se quejaba de fuertes quintas de tos todas las mañanas, las cuales eran seguidas de una dificultosa expectoración pituitosa, que era el remate de los accesos coqueluchoideos. Había en la familia antecedentes de tuberculosis pulmonar, y en una ocasión surgieron muchas dudas diagnósticas por la larga observación de una febrícula, cuyo origen no se puntualizó hasta que aparecieron con claridad los fenómenos estetacústi-

cos del pulmón. Como quiera que esta enferma tenía febrícula, taquicardia, astenia, anorexia, trastornos digestivos, enflaquecimiento, tos y albuminuria, han pensado sus familiares que se repetía el cuadro de tuberculosis pulmonar, de cuya enfermedad acababa de sucumbir una sobrina de esta enferma; pero una observación minuciosa y prolongada nos ha llevado a la confirmación de estar ante un caso de endocarditis lenta de Osler.

¿Por qué tosen los que padecen endocarditis? Parece ser que la tos nocturna de los endocárdicos es esencialmente diferente de la tos de los asistólicos. Franck ha demostrado experimentalmente que una excitación del endotelio de la aorta produce tos, además de otras alteraciones funcionales del aparato respiratorio (*Archives de Physiologie*, 1890).

No puede atribuirse un papel exclusivo al éxtasis pulmonar y a la bronquitis consecutiva. Según observaciones minuciosas, la mayoría de los accesos se presentan antes de que la hiposistolia sea clínicamente perceptible.

El carácter nocturno de la tos puede explicarse por el decúbito, como los otros accidentes de insuficiencia cardíaca provocados por la posición. Cualquiera que sea el mecanismo íntimo de su producción, sabemos que el corazón tiene mayor dificultad para asegurar la circulación en la estación horizontal que en la vertical.

Las circunstancias de la aparición de la tos son esencialmente el decúbito y el esfuerzo. El esfuerzo para subir una cuesta o una escalera, el acaloramiento para una disputa, la digestión (tos postprandial), pueden provocar una quinta de tos seca.

Por estas razones, la tos para Lian no es más que la expresión sintomática de la dificultad respiratoria pulmonar, del estancamiento de la pequeña circulación, que a veces se produce tan ligeramente, que no da lugar a la producción de fenómenos estetacústicos. Los accidentes broncopulmonares de la insuficiencia cardíaca son la consecuencia de un éxtasis vascular predominando en los capilares y en las venas.

Por la forma de tos coqueluchoidea, hemos diagnosticado últimamente dos casos de insuficiencia cardíaca incipiente:

S. P., de sesenta y tres años, tiene como único síntoma unos accesos de tos que hacen pensar en la tos ferina. La auscultación de los pulmones no revela ningún signo anormal. Por el fracaso de la corriente medicación béquica, la exploramos por rayos X, sin encontrar alteraciones del mediastino. Ligera hipertensión arterial sin albúmina. La medicación cardiodinámica y de la diuretica con la dieta consiguiente yugularon los ataques de tos.

M. J., de sesenta y cinco años, se queja de tos incesante de forma coqueluchoidea con abundante expectoración y estertores subcrepitantes en ambas bases. Por no haber dado resultado la terapéutica de las bronquitis triviales, pensamos en el origen cardíaco de esta bronquitis parecida a la de la coqueluche. Con el tratamiento de prueba con la digital, se obtuvo la cesación de la tos y de la expectoración, al mismo tiempo que desaparecieron los signos físicos.

Por ser la tos ferina muy excepcional en los ancianos, es necesario buscar en ellos sistemáticamente los signos de la insuficiencia cardíaca latente, independientemente de la exploración radioscópica, para descartar con seguridad las lesiones que dan tos coqueluchoidea por comprimir el neumogástrico, como los tumores del mediastino o los aneurismas de la aorta.

LAS BRONQUITIS CARDÍACAS

No es disparatado el plantear el diagnóstico de bronquitis banal, de congestión pulmonar, de tuberculosis pulmonar o de coqueluche, ante los fenómenos respiratorios de una insuficiencia cardíaca incipiente. Parece ser que la congestión edematosa pasiva se localiza a veces muy electivamente sobre una zona túsigena de las vías respiratorias.

Mientras que en la asistolia confirmada la congestión y el edema pulmonar dominan el cuadro clínico, en las formas prolongadas de la hiposistolia es sobre todo la infección bronquial la que toma un carácter preponderante, reservándose a estos casos el nombre de bronquitis cardíacas.

Esta bronquitis crónica, originada y sostenida por un miocardio meyo-prágico, ha sido bien estudiada por Florand.

Laségue, el alma didáctica de la Medicina práctica, ha individualizado la bronquitis mitral y la aórtica. La bronquitis mitral resulta en ocasiones una clara expresión de una asistolia parcial. La auscultación revela estertores subcrepitantes, a veces diseminados por todo el pecho, persistiendo durante semanas y meses con la misma localización y los mismos caracteres.

El diagnóstico de esta bronquitis es fácil, cuando se comprueba por la auscultación una lesión mitral, pero es más difícil cuando no hay lesión órica, sino solamente una ligera debilidad del miocardio.

Para Flurin, uno de los accidentes más significativos de la bronquitis mitral es la hemoptisis. En ciertos casos se trata de esputos negruzcos, reveladores de un infarto hemoptoico consecutivo a una embolia, pero a veces el enfermo expectora sangre roja, aireada, proviniendo de una ruptura vascular. Estas hemoptisis persistentes y tenaces, asociadas a los signos de bronquitis, hacen pensar en una tuberculosis pulmonar, cuando en realidad solamente la lesión valvular es su única causa.

Las hemoptisis en los cardíacos son frecuentes, y a veces abundantes, especialmente cuando el corazón decae.

El estudio de la bronquitis aórtica, ya no encaja en nuestro cuadro de falsa tuberculosis pulmonar, por las razones que hemos dado al hablar de los fenómenos de déficit circulatorio, es decir, por ser más bien un síntoma de crisis, como el asma cardíaco, que un síntoma tórpido, como el ocasionado por el lento éxtasis venoso de las bronquitis mitrales.

La presencia constante de la bronquitis y de la peribronquitis en la endocarditis lenta ha sido señalada por Mlle. Calugareanu. En su tesis se encuentra un estudio detallado de la anatomía patológica de todas estas lesiones.

LAS EMBOLIAS PULMONARES

Las embolias pulmonares son frecuentes en las cardiopatías, lo mismo en las diferentes modalidades de la hiposistolia, donde existen condiciones favorables para la formación de coágulos, que en el curso de las endocarditis ulcerosa o vegetante.

Las embolias pulmonares de los cardíacos, por las repetidas hemoptisis que originan, por las puntas de costado, los signos de auscultación pulmonar y las complicaciones de infección y pleuresía, hacen pensar muchas veces en los síntomas de una bacilosis del pulmón.

El infarto pulmonar, consecutivo a una embolia, puede sufrir transformaciones, hacerse purulento, evacuarse, dejando en este caso oír signos cavitarios (Gendrin). Cuan-

do hay complicaciones la expectoración puede adquirir un olor fétido que delata la gangrena pulmonar, apreciando por el análisis microscópico la presencia de fibras elásticas.

Los esputos oscuros del infarto son diferentes de los rojos de las hemoptisis tuberculosas, pero este color rojo, aireado, puede presentarse también, como ya hemos dicho, en las bronquitis mitrales.

Las embolias arteriales en la forma lenta de la endocarditis, son constantes aunque tardías. Además de las embolias pulmonares, son muy frecuentes las esplénicas (dolor vivo, esplenomegalia aguda); las embolias hepáticas (síntomas análogos al nivel del hígado); cerebral (hemiplejía), renal (dolor lumbar, hematuria), mesentérica (dolor abdominal, diarrea hemorrágica, etc.).

Después de haber enumerado los síntomas de infección y los respiratorios de origen cardíaco, enumeraremos algunos otros síntomas generales que pueden pertenecer indistintamente a las enfermedades cardíacas o a las pulmonares. Entre estos síntomas extratorácicos citaremos.

LA ANISOCORIA EN LAS ENFERMEDADES PLEUROPULMONARES Y CARDÍACAS

En estado normal existe una sinergia funcional entre las dos pupilas que permanecen iguales.

La excitación del simpático produce midriasis.

La miosis es debida a la irritación del motor ocular común.

La miosis puede ser producida lo mismo por una excitación que recaiga sobre la esfera del motor ocular común, que por una parálisis que recaiga en la esfera del simpático.

Todas las causas susceptibles de paralizar el simpático, producen miosis del lado correspondiente (adenopatías cervicales, tumores del mediastino, ciertas afecciones pulmonares).

La desigualdad pupilar simple, es decir, sin alteración de los reflejos ni de la visión, que se aprecia en las afecciones pleuropulmonares, puede también observarse en las afecciones cardíacas. La anisocoria independiente de la sífilis se aprecia muchas veces en las diferentes afecciones torácicas.

Massalongo encuentra anisocoria en el 30 por 100 de los pacientes que sufren enfermedades agudas o crónicas de la pleura o del pulmón. Entre las enfermedades crónicas, la tuberculosis del vértice, acompañada de reacción pleural con sífilis, es la que ocupa el primer lugar.

Sergent concede gran valor semiológico a la desigualdad pupilar en los enfermos afectados de lesiones pleuropulmonares, llegando en su estadística a encontrar este síntoma en el 58 por 100 de los casos.

Iagnov encuentra muy frecuentemente la anisocoria en el síndrome pseudotuberculoso hiposistólico.

* *

Los dedos hipocráticos suelen encontrarse en casi todas las afecciones que producen una congestión permanente de las partes extremas del organismo, como la estenosis mitral, la insuficiencia mitral, el enfisema, la bronquitis crónica, la tuberculosis pulmonar crónica, etcétera. En algunos casos, es necesario buscar el abultamiento en forma de palos de tambor para darse cuenta de su existencia.

Los dedos hipocráticos constituyen para algunos autores parte del cuadro sintomático de la enfermedad de

Osler, por reunir las condiciones precisas para la producción de este síntoma: éxtasis venoso e intoxicación o infección de evolución lenta.

Hatzileganu describe dos casos de dedos hipocráticos unilaterales por aneurisma del tronco braquiocéfálico de origen sífilítico. Estas observaciones confirman la explicación patogénica de esta deformidad por el estancamiento circulatorio, acompañado de toxiinfección crónica.

* *

La *albuminuria* y la hematuria discreta, microscópica, son síntomas frecuentes y de gran valor diagnóstico en la investigación de la endocarditis prolongada (eliminación intermitente de glóbulos rojos por glomerulitis trombosante).

En la insuficiencia cardíaca, sin complicación renal, la albuminuria suele ser ligera. Entre las albuminurias de tipo intermitente cíclico, la albuminuria de tipo matinal precoz es sintomática de la estrechez mitral, y la albuminuria de ciclo matinal tardío es sintomática del estado pre o paratuberculoso (Siguret).

La tuberculosis suele producir albuminuria, sobre todo durante las primeras manifestaciones de la enfermedad.

La presencia de albúmina constituye uno de los síntomas urinarios más característicos de la insuficiencia cardíaca, y la presencia de albúmina constituye también uno de los síntomas urinarios más frecuentes de la impregnación tuberculosa.

* *

La *púrpura* es un síntoma muy corriente de las bacilemias atenuadas. Las manifestaciones purpúricas preceden muchas veces a las localizaciones tuberculosas. Cualquier brote de púrpura recidivante obliga a la investigación de un foco tuberculoso (Gouraud).

La púrpura hemorrágica suele ser la manifestación cutánea que más a menudo se presenta también en la endocarditis maligna lenta, apareciendo unas veces al comenzar los primeros trastornos de la dolencia y otras veces más tarde, durante su evolución. A veces es una púrpura hemorrágica, clara y manifiesta, de brotes confluentes, que sirven para poner en guardia al clínico, pero en muchos casos, sobre todo los del principio, más bien suelen ser pequeñas petequias, y en tan escaso número, que pueden pasar desapercibidas si no se las busca con cuidado (Uruñuela).

* *

Es más frecuente y más intensa la *anemia* en la endocarditis prolongada de Osler, que en la tuberculosis. En la endocarditis lenta, la anemia es casi siempre precoz y acentuada, descendiendo la cifra media de glóbulos rojos a dos millones y a veces a un número inferior todavía, como sucede en las llamadas formas anémicas de la endocarditis.

Los autores señalan como hecho corriente que la disminución de los glóbulos rojos no guarda relación con la palidez tan pronunciada de la piel que se observa en estos enfermos.

La *acrodermia* de la tuberculosis va acompañada de diversas modificaciones sanguíneas sin gran interés práctico. La anemia sintomática de la tuberculosis es una anemia más bien ligera.

* *

La *taquicardia* es un síntoma muy constante y muy importante de la tuberculosis pulmonar. El número de pulsaciones es muy variable, llegando con frecuencia a ciento. Esta aceleración está ligada generalmente a la sensación subjetiva de palpitación y no está en proporción con la fiebre, lo mismo que sucede en la taquicardia de la endocarditis lenta, que persiste incluso durante los periodos apiréticos.

* *

La *esplenomegalia* constituye un síntoma de gran valor para diagnosticar las endocarditis. Es una manifestación generalmente moderada y dolorosa, pero constante, precoz y progresiva. No hay que olvidar, por otra parte, que toda toxi-infección puede determinar una reacción del tejido esplénico. El bazo representa un importante papel en la protección del organismo contra los agentes patógenos. En este sentido hay que pensar también en la esplenomegalia tuberculosa.

* *

A veces en la endocarditis lenta hay *sudores* molestísimos y el síntoma se interpreta como consecutivo a un proceso bacilar.

Es muy difícil el poder precisar exactamente un diagnóstico cardiovascular sin el auxilio de los rayos X, los cuales nos ayudan para puntualizar la gráfica de los diámetros cardíacos y nos hacen descartar las imágenes pulmonares propias de la tuberculosis pulmonar.

* *

A. D., de diez y nueve años. Dos meses antes de su único parto sufre inesperadamente un intenso acceso de disnea. Después del parto, tiene tos rebelde, con difícil y escasa expectoración, disnea de esfuerzo y hemoptisis pequeñas, pero repetidas. Sibilancias difusas. Con el tratamiento antiasistólico, desaparecen los signos estetacústicos respiratorios y se oye con claridad un franco soplo sistólico mitral. Ante el asombro de su esposo, por la dieta impuesta, observa la paciente cómo le ha desaparecido la tos, la expectoración y la disnea. Por la radioscopia se ve la imagen característica de la insuficiencia mitral: hipertrofia cordis, con aumento de volumen que afecta al ventrículo y a la aurícula izquierda, sin ninguna densificación en el área pulmonar.

Este caso—ya en período asistólico—fue observado por los Dres. Búa y Santos Vidal.

* *

C. D., de treinta años. Se queja de punzadas en el costado izquierdo, exacerbadas por la tos seca. Algunas veces consigue una pequeña expectoración pituitosa o sanguinolenta después de algunos golpes de tos. No recuerda haber padecido ninguna enfermedad infecciosa. Por su tos, expectoración, disnea y dolores es catalogada como una enferma del pulmón. Auscultada varias veces se puede asegurar la existencia de un soplo sistólico característico de la estenosis aórtica. Por radioscopia se aprecian limpios los campos pulmonares y se comprueba gran hipertrofia del corazón izquierdo. Presión arterial al Pachón

Mx. = 15.
Mm. = 8.

La historia morbosa apreciada por la enferma comenzó hace un año por trastornos del aparato respiratorio, coincidiendo, sin duda, con la primera localización torácica de su descompensación.

T. G., de veinticuatro años, de Ferrol, tiene los síntomas funcionales de una tuberculosis pulmonar (disnea de esfuerzo, tos, expectoración hemoptoica, dolores torácicos); los síntomas generales (anemia, adelgazamiento, anorexia, amenorrea), y los signos físicos (submatidez del vértice derecho y estertores subcrepitantes localizados). Con la sobrealimentación y la medicación reconstituyente cada vez está peor. Una detenida auscultación cardíaca nos convence de que estamos ante una enfermedad mitral. Por la radiografía apreciamos la gran hipertrofia cardíaca con tonalidad de éxtasis pulmonar bilateral. La baciloscopia negativa. La medicación cardiotónica, consiguió una compensación tan duradera que desde hace cinco años no se queja de ningún síntoma subjetivo.

*
*
*

C. P., de veintiséis años, nos avisa porque pasa las noches con tos incesante y en posición ortopneica. Sigue el plan de una enferma afecta de tuberculosis pulmonar. Como los preparados creosotados y la sobrealimentación no le proporcionan el menor alivio, reclama una medicación opiácea que le permita descansar. Los signos esteta-cústicos broncopulmonares descubren abundantes crepitaciones en amplias extensiones pulmonares. Un característico soplo sistólico de la punta, delata una franca insuficiencia mitral. El tratamiento clásico de la dieta y digital, previo un purgante drástico, normalizó la circulación y desaparecieron los signos físicos del aparato respiratorio al mismo tiempo que los síntomas funcionales (tos, disnea, expectoración). Desde hace tres años la lesión sigue compensada y la enferma hace su vida normal creyéndose totalmente curada.

Estos enfermos cardíacos constituyen casos de pseudo-tuberculosis pulmonar, debidos solamente a déficit circulatorio sin ingerencia del elemento infeccioso, es decir, son casos de asistolia localizada a la pequeña circulación y no de endocarditis activa.

Es superfluo copiar el extracto de más historias clínicas porque lo limitaríamos a la repetición de los mismos síntomas del aparato respiratorio.

Independientemente de estos casos, debemos de repetir, que los de endocarditis lenta maligna son muy frecuentes, dando en los primeros reconocimientos la impresión sintomatológica de una infección bacilar, cuando los signos cardíacos son poco acentuados. En presencia de una septicemia, sin localización cardíaca aparente, no se debe rechazar por un solo reconocimiento la posible existencia de una endocarditis lenta infecciosa.

Cuenta Valdés Lambea, en su libro «Estudios de Fimatología», que vio a una chica de diez y seis años, pálida y decaída, que adelgazaba rápidamente. Ligera pirexia, sudores y pulso frecuente. Corazón algo grande y en la punta, primer tiempo desdoblado, asoplado a días, con ritmo de galope. Segundo pulmonar fuerte. Signos poco precisos de auscultación: estertores bronquiales finos, zonas con murmullo débil, espiración prolongada, alguna crepitación. No pudo hacerse radiografía. En las preparaciones teñidas de sangre pareció normal la cantidad de leucocitos: había 82 polinucleares; ningún eosinófilo. Diagnosticó un proceso tuberculoso y ratifiqué el diagnóstico a los dos meses de la primera exploración. La enferma ha muerto hace poco tiempo de una septicemia estreptocócica por el *mittior* con lesión mitral doble y metástasis diferentes, entre ellas renales. Hoy, reflexionando sobre este caso, estoy completamente convencido de que me equivoqué por

no explorar bien. Es posible que la enferma fuese tuberculosa, pero creo firmemente que ya tenía una endocarditis lenta cuando la exploré la vez primera.

Ya que hemos dicho el anverso, tenemos que explicar el reverso. La literatura médica nos relata casos de tuberculosis pulmonar, diagnosticados de endocarditis lenta. Routier y Walser han diagnosticado de endocarditis maligna prolongada a una enferma que tenía febrícula (38°), con estertores húmedos en la base del pulmón izquierdo. Como el resto de las exploraciones eran negativas y existía taquicardia con ligero soplo diastólico aórtico, y además—y esta es la razón del principal prejuicio—había entonces en la sala del hospital algunas enfermas con diferentes modalidades de endocarditis, incluimos a esta paciente en el grupo de las lentas septicemias originadas por inflamación del endocardio; pero la autopsia reservaba el secreto de una infiltración caseosa de los dos pulmones. Se trataba de un caso de tuberculosis, sin que ningún síntoma hiciera pensar en esta infección: no había tos ni expectoración, ni signos físicos ni radiográficos que acusaran una inflamación del pulmón. El soplo diastólico de la aorta, era debido a un ateroma banal del seno aórtico.

Otras veces hay que pensar en una infección intercurrente en un cardíaco. Un enfermo crónico puede sufrir otras infecciones ajenas a su padecimiento, como otra persona cualquiera.

«Es siempre difícil el diagnóstico entre ciertas formas de tuberculosis pulmonar y la endocarditis vegetante de marcha lenta» (Massary). Se describen casos de enfermos afectados de endocarditis vegetante de marcha lenta, que fueron tomados como tuberculosos, y enfermos tuberculosos que fueron considerados como afectados de enfermedad de Osler.

El signo patognomónico de la endocarditis, lo constituye el hallazgo del estreptococo en la sangre. Como el hemocultivo resulta siempre negativo, se deberá investigar con gran cuidado la presencia de hematies en la orina (por la frecuente glomerulitis trombosante).

Fiessinger habla de la posible asociación de estas dos enfermedades: de la tuberculosis y de la endocarditis maligna de evolución lenta. Una joven presenta manifestaciones articulares con fiebre y edema local. A partir de esta enfermedad se mantiene una temperatura de 38-39° y se aprecia artritis de las rodillas con distensión sinovial. En el corazón se oye soplo de insuficiencia mitral y soplo de insuficiencia aórtica. El bazo está ligeramente aumentado de volumen. Durante los dos meses y medio de su permanencia en el Hospital, la temperatura oscila irregularmente. Más tarde las lesiones cardíacas se complican de signos de estrechez aórtica y mitral. Aparecen manchas purpúricas al nivel de la pulpa de los dedos. Siete hemocultivos resultaron negativos. Durante esta evolución se observó la aparición de albuminuria en relación con infartos del riñón, y la explosión de un estado meníngeo agudo pasajero, con líquido claro aséptico, ligera polinucleosis, y albuminosis raquídea. Este cuadro se dispuso en ocho días. En la autopsia se descubre una endocarditis vegetante, no ulcerosa, ocupando los orificios mitral y aórtico. Existían infartos de los riñones y del bazo. En los cortes se ha encontrado y se ha podido cultivar un estreptococo viridans, no hemolítico. Pero, además, se ha descubierto una bronconeumonía tuberculosa izquierda y granulias en el pulmón derecho. Estas lesiones eran claramente tuberculosas, comprobadas por la presencia del bacilo de Koch en las preparaciones. La disnea y los sig

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos. cal sosa. manganeso
Fosfato sódico. Glicerina pura.
- B/** *Ninguna substancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA TODO EL AÑO Y ES EL MEJOR TÓNICO DURANTE LOS FUERTES CALORES DEL VERANO

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatias*
- Linfatismo*
- Escrofulismo*
- Raquitismo*
- Diabetes*
- Heredosifilis*
- Amenc y Dismenorrea*
- Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos

El **Lactéol del Dr BOUCARD** (Comprimidos de bacilos lácticos), realiza una desinfección intestinal rápida Enteritis, Diarreas, Infección y autointoxicación intestinal.

Modo de emplearlo:

9 a 12 comprimidos al día, desleídos en un poco de agua azucarada antes de las comidas.



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

El **Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD** (Ampollas de bacilos lácticos) se emplea para el tratamiento intensivo, Enteritis, Colitis y todos los trastornos de intoxicación y de infección intestinal.

Modo de usarlo:

2 a 4 ampollas por día, en un poco de agua azucarada

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

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 energético 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).

Ayuntamiento de Madrid

nos de bronquitis difusa, con soplo localizado en las dos bases, se había atribuido a la misma causa infecciosa de la endocarditis, clasificando los síntomas respiratorios como dependientes de procesos secundarios de bronconeumonía banal. De no ser por la autopsia, permanecería ignorada la asociación tuberculosa.

La insuficiencia cardíaca en el curso de la tuberculosis pulmonar ha sido últimamente bien estudiada por Godel. La insuficiencia del corazón se anuncia por una disnea, a veces progresiva, que precede a la aparición de los primeros signos de la tuberculosis; o por accesos de opresión, generalmente nocturnos, con taquicardia, extrasístoles y descenso de la presión arterial, que pueden llegar hasta el edema pulmonar. Las formas clínicas son variables; el síndrome, algunas veces precoz, se manifiesta en la evolución de la tuberculosis crónica de marcha lenta, o en el curso de los episodios pulmonares agudos. Las autopsias demuestran entonces, al lado de los focos caseosos, amplias extensiones de edema pulmonar que llegan hasta las fases de núcleos apopléticos.

La radioscopia del corazón es delicada en los tuberculosos, a causa de las opacidades pulmonares que enmascaran sus contornos.

En general, no hay dudas de diagnóstico ante las francas lesiones del endocardio o del miocardio, sino ante las lesiones cardíacas de forma silenciosa, en las cuales no se aprecia soplo.

Lenhartz ha hecho hincapié en el diagnóstico de los casos frustrados y latentes, en los cuales se llegó al conocimiento de la enfermedad por los signos generales y el hemocultivo.

Ante síntomas del aparato respiratorio, con o sin febrícula, hay que pensar en las asistolias localizadas, que son frecuentes cuando se tienen presente para discutir en el cuadro de un diagnóstico diferencial, constituyendo, a nuestro juicio, la causa más importante de pseudotuberculosis pulmonar.

Por último, recordaremos los casos de endocarditis tuberculosa. Duque (servicio de Marañón) expuso en la sesión del 17 de Junio de 1929 el caso de una muchacha (por las historias clínicas parece existir un predominio casuístico del sexo femenino) de quince años que vivía en ambiente familiar tuberculoso. En distintas ocasiones se ha quejado de dolores reumatoideos vagos. Últimamente se cansa, se le hinchan los pies, e ingresa en nuestra clínica con un síndrome tuberculoso típico, con pocas reacciones generales, pero con intensas lesiones destructivas. Caverna en el vértice derecho y esputo con Koch abundantemente positivo. A la vez ofrece una lesión mitral con soplo sistólico y un electrocardiograma invertido en la tercera derivación, con la onda P aumentada y predominio del ventrículo izquierdo. En este caso es dudosa la etiología. Para Duque la lesión mitral se debe a una infección reumática prolongada e insidiosa. Puede admitirse también una etiología tuberculosa para su endocarditis.

Para Durán Arrom este caso es una observación típica de endocarditis de origen tuberculoso.

En realidad, el origen tuberculoso de esta endocarditis no puede establecerse lógicamente por el solo hecho de una exploración clínica.

No hay que olvidarse de lo que dice Cabot, que el intento de hacer y defender un diagnóstico diferencial pone muy de relieve todos los defectos propios; pero la pasión sólo es disculpada cuando se aplica a interesarse por el que sufre.

EL PROCEDIMIENTO DE MENDEZ llamado de la «cavidad cerrada», en la curación de las infecciones con secreciones purulentas o puriformes

POR EL

DR. LUIS GRET

De la Clínica del profesor Julio Méndez;
médico de la Clínica Obstétrica y Ginecológica del profesor Zárate;
jefe de Trabajos Prácticos de Microbiología de la Escuela
de Ciencias Médicas de La Plata.

La razón de este procedimiento está en los conocimientos biológicos que debemos a la Teoría Argentina de la Inmunidad, la cual nos demuestra que toda infección del organismo provoca, por la acción fagocitaria que despierta, la formación de proteínas constituidas por la cópula de las albúminas del antígeno con las del fagocito, y que se denominan *haptinas* o *anticuerpos*.

Las *haptinas* o *anticuerpos*, así formados en el plasma de los tejidos infeccionados, penetran en la sangre, constituyendo las proteínas de ésta; circulan en el organismo con ella y se extravasan de nuevo, con el suero de las regiones donde exista el proceso inflamatorio.

La extravasación del suero conteniendo *haptinas* forma la base del exudado inflamatorio en el sitio de la infección, y por las propiedades específicas que ellas le prestan, es absorbido por los gérmenes infecciosos, a quienes transforma en albúminas dispersas, constitutivas de *haptinas* similares.

Este ciclo de transformación biológica es el que constituye el proceso inmunizatorio, natural. Pero en el mayor número de los casos de infección hay dos factores que dificultan el proceso natural, y son: por una parte, la gran virulencia del germen infeccioso, que impide el acto fagocitario, y por otra, la leucopenia o anafagocitosis, común al estado asténico del organismo en el comienzo de la infección.

Es, entonces, cuando la medicación debe encarrilar el proceso inmunizatorio, y por eso es que desde la antigua medicina hasta hoy, todos los médicos usamos la medicación estimulante, con objeto de excitar en lo posible el aflujo fagocitario. En la medicina actual, gracias a los conocimientos biológicos que poseemos, ese estímulo alopático se ha transformado en la aplicación de productos biológicos llamados *haptinógenos*, tendientes a excitar la fagocitosis por medio de gérmenes atenuados, dotados de quimiotaxismo positivo, para los fagocitos, con los que forman las primeras *haptinas*, que abren el proceso inmunizatorio. Diremos de paso que esta cualidad particular de los *haptinógenos* los diferencia de las llamadas vacunas en que todas, sin excepción, conservan conjuntamente con su poder inmunizante propiedades tóxicas que despiertan reacciones patológicas y acarrear en sus primeras inyecciones la faz negativa de Wright.

Con estos antecedentes se comprende lo lógico de la aplicación del «procedimiento de la cavidad cerrada de Méndez» para el tratamiento biológico de las supuraciones. En efecto, el suero que se extravasa entre los tejidos inflamados, en el individuo preparado con el *haptinógeno*, producirá *haptinas* específicas, cuerpos que tienen la propiedad de transformar y hacer desaparecer las formas vegetativas de los gérmenes de la infección, paralizando por este hecho su multiplicación y, por consiguiente, la continuación de la infección.

Entonces, la tendencia terapéutica *debe procurar mantener el mayor tiempo posible el contacto entre el germen y las haptinas o anticuerpos, para la más completa esterilización de aquéllos.*

En la aplicación de la «cavidad cerrada de Méndez» hay una variedad de procedimientos que dependen de la topografía de la región inflamada, y ella ha hecho clasificar desde el principio de su aplicación, en infecciones:

1.º *En cavidades cerradas originales*, por ejemplo, abscesos, derrames en las serosas, etc.

2.º *En cavidades abiertas, pero que puedan considerarse como cerradas*, en virtud de su funcionamiento, por ejemplo, bronquitis, otitis, orquitis, epididimitis, anexitis, metritis, etc.

3.º *En cavidades abiertas propiamente dichas*, por ejemplo, conjuntivitis, uretritis, vaginitis, traqueitis, quemaduras, úlceras, etc.

En las primeras hay que limitarse a la inmunización del paciente, sin intervención quirúrgica alguna, salvo pequeñas evacuaciones del exceso de exudado inflamatorio. En las segundas, excitar parcialmente su evacuación, como, por ejemplo, en las bronquitis no usar expectorantes; en las metritis colocar a las enfermas en ligero Trendelenburg, etc. En las abiertas, que no pueden ocluirse, por ser órganos a funciones permanentes, como la uretra, disminuir la diuresis, por el régimen, de modo que la secreción uretral barnice el mayor tiempo posible la mucosa. En la tráquea el uso de los antiespasmódicos para disminuir el acceso de tos. En las abiertas, como la conjuntiva ocular, ocluirla el tiempo necesario para la curación; lo mismo en las quemaduras, ulceraciones de la piel, etc. Sobre esto último, el procedimiento se ha vulgarizado ya completamente, con las aplicaciones de la parafina, ambrina, korina, etc.

Las consecuencias de este procedimiento son: *la desinfección completa de la región, por la acción esterilizante de las haptinas, que se encuentran en contacto con los microorganismos, en todos los puntos del tejido infectado, lo que no se logra con ningún otro antiséptico farmacéutico; el estímulo del tejido normal, al contacto del suero que se traduce objetivamente por la proliferación de tejidos, en la formación exuberante de botones carnosos, etc.* En las mucosas el aspecto se vuelve normal en las primeras veinticuatro horas. Para darse cuenta de ello, no hay más que abrir un ojo ocluido por el tratamiento de la «cavidad cerrada de Méndez» en un caso de conjuntivitis del recién nacido. Otra consecuencia importante que se hace evidente desde las primeras seis horas de aplicado el haptinógeno, y que se acentúa más en la cavidad cerrada natural, o artificialmente hecha, es la cesación del dolor, fenómeno que se explica por la desaparición del estado flegmonoso que comprime las terminaciones nerviosas de los tejidos inflamados, y por fin, la *restitutio ad integrum*. La terapéutica inaugurada por los haptinógenos hace doce años ha venido a revelar a los métodos curativos de las infecciones las reacciones normales del organismo, en su defensa contra los agentes infecciosos, y por sus deducciones y consecuencias, refiriéndonos al tema que tratamos, demuestra que el procedimiento del drenaje para las colecciones purulentas está lejos de ser el ideal terapéutico, siendo más bien gravoso para el organismo enfermo, porque le priva de los medios específicos de defensa, por una parte, y por otra agota las fuerzas propias, que ese organismo elabora a costa de sus tejidos.

Es una regla en la medicación biológica, que a más de proveer a la formación de haptinas, que éstas actúen efi-

cazmente sobre el agente infeccioso, que por causas topográficas diversas (algunas ya enunciadas anteriormente), evitan el contacto necesario para su esterilización.

La experiencia de muchos años sobre la manera de actuar del primitivo «remedio gono» (año 1902), actualmente «Haptinógeno Gono», sirvió a Méndez para establecer las conclusiones necesarias, para realizar la completa acción curativa, y es consecuencia de ellas el concepto de la «cavidad cerrada».

Esta concepción fué realizada, por primera vez, con un enfermo de osteitis gonocócica de la tibia, abierta por cirujano.

Es elocuente e interesante la descripción de Méndez, que hizo a la Sociedad Médica, de aquella su primera curación, por el procedimiento nuevo de mantener el pus cargado de haptinas o anticuerpos, en el foco de la lesión, y al transcribirla nosotros aquí (solamente en lo que se refiere a la afección que curó por este proceder), es porque no creemos poder expresar con más nitidez la sorprendente evolución clínica. Dice así:

«Se trata de una osteitis de la tibia derecha, producida por el gonococo y abierta por cirujano.»

Hace luego un comentario de la forma de la afección y complicaciones que conjuntamente tenía el enfermo, como así también de los exámenes bacteriológicos previos, que establecieron el diagnóstico, y después de inyectar una dosis de «Haptinógeno Gono» y explicar extensamente su acción, sigue diciendo:

«Al cabo de las veinticuatro horas comenzó a fluir por la superficie de ella (se refiere a la herida de la osteitis tibial) gran cantidad de secreción de aspecto gris verdoso turbio, puriforme, de olor *sui generis*.

»A las segundas veinticuatro horas, la secreción aumentó de tal manera, que traspasó el enorme paquete de gasas de la curación en seco, tiñéndolas de color café. Al examinar la herida, la encontramos bañada de un suero del mismo color que las gasas, dejando ver, por transparencia, en el fondo, el hueso desnudo, y teniendo en suspensión en la periferia una capa de aspecto gris verdoso como el día anterior. Entonces se cambió el sistema de curación por otro, que obedecía a un resultado de observación. En vez de gasas, se aplicó directamente sobre la herida una hoja de caucho lavado al formol y dejada secar previamente antes de colocarla, comprimiéndose por intermedio de un paquete de gasas, con un vendaje bien apretado.

»Desde entonces, la curación se ha renovado indistintamente, cada cuatro o seis días, cuando la secreción hacía irrupción por debajo del caucho, o cuando deseábamos observar la marcha de la herida u obtener preparados para analizar y cultivar. El objeto de este procedimiento era, como desde luego se comprende, transformar la cavidad abierta, hecha por el cirujano, en cavidad cerrada, transformada así por el impermeable. Dada la clasificación expuesta anteriormente, toda secreción de anticuerpos robada, por la curación seca, quedaba dentro de los tejidos atacados.

»Los cuadros que se ofrecían a la vista en cada abertura de la cavidad eran sorprendentes. La herida desarrollaba sus botones de minuto en minuto, como deben desarrollarse en los tubos de Carrell los fragmentos de tejido conjuntivo sembrados. El suero y la fagocitosis evolucionaban como los cuadros microscópicos y macroscópicos descritos anteriormente. Las propiedades aglutinantes del suero llegaron hasta 1.500. Los cultivos desarrollaban, cada vez, menos gérmenes.



Cofetil

**Analgésico
de
eficacia rápida**



contra dolores
de cabeza,
depresión
nerviosa y jaqueca

Fábrica de Productos Químicos von Heyden S.A. *Radebeul-Dresden.*
Representante para España: J. P a u s s. Nueva S. Francisco 27. Barcelona.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

*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

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocóccicas: **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.

Tratamiento de las afecciones del estómago e intestinos por la

GASTRO-SODINE

(de los Laboratorios ODINOT de París).

Asociación de sales de sosa seleccionadas y químicamente puras, en tres fórmulas:

Normal:	Bicarbonato de sosa..	2	gramos.	S. (Sulfatada):	Sulfato de sosa.....	2	gramos.
	Fosfato de sosa.....	1	—		Fosfato de sosa.....	1	—
	Sulfato de sosa.....	0,50	—		Bicarbonato de sosa .	0,50	—
	Azúcar.....	6,50	—		Azúcar.....	6,50	—

Por cucharada de las de café.

Por cucharada de las de café.

B. (Bromurada):	Bicarbonato de sosa .	2	gramos.
	Fosfato de sosa	1	—
	Sulfato de sosa.....	0,50	—
	Bromuro de sodio... .	0,25	—
	Azúcar.....	6,25	—

Por cucharada de las de café.

Una cucharada de las de café en un vaso de agua, todas las mañanas en ayunas.

Literatura y muestras: J. M. BALASCH CUYAS. — Farmacéutico.
Avenida Alfonso XIII, 440. — BARCELONA

»Por último, la herida se llenó de brotes carnosos, el hueso fué cubierto y la secreción disminuyó a la vigésima parte. Ni una complicación ha surgido en toda la evolución. La osteoartritis, que es la otra afección concomitante, desapareció paralelamente a la evolución de la herida, etcétera.»

Terminando con demostrar que ante la narración precedente huelga todo comentario al respecto.

Más tarde Méndez emplea el mismo procedimiento con singular éxito en las pleuresías purulentas abiertas por cirugía, en las cuales una vez evacuado el exceso de pus que contenían las obturaba, y mediante haptinógenos, específicos, establecía rápidamente la curación, evitando con eso la caquexia blanca por el demasiado drenaje.

También las ulceraciones varicosas, las heridas y las quemaduras eran las afecciones que, en manos de Méndez, beneficiaban más de sus propias reacciones, vale decir, las serosidades que rezumaban, las cuales biológicamente, considerábaselas como el medio ideal para favorecer la hiperplasia celular a nivel de las regiones afectadas.

El conocimiento de la ambrina y sus derivados con sus indiscutibles beneficios, han sido y son sus más elocuentes demostraciones de lo biológico de la concepción. Estos hechos clínicos autorizaron a su autor y a sus discípulos para aplicar el mismo proceder a las oftalmías gonocócicas (1), cuyos resultados beneficiosos, no obtenidos con ningún otro procedimiento terapéutico, lo indican como el de elección para estas afecciones. Con éxito fué utilizado por nosotros en los esfacelos vulvovaginales (2).

Más sensacional fué su aplicación en las endometritis puerperales, hecha por primera vez por nosotros en la clínica del profesor Zárate, y que muchos años después cobra una actualidad que nosotros ni soñábamos con el apósito vacunante a la manera de Besredka hechos por distinguidísimos tocólogos europeos, y que este hecho motiva una comunicación nuestra en la sección correspondiente de este Congreso (3).

Con el mismo concepto hemos tratado a las mastitis agudas puerperales, motivando un extenso estudio nuestro publicado en EL SIGLO MEDICO, de Madrid, en el año 1923 (4).

Es digno de mención el éxito obtenido por nosotros en la pelviperitonitis gonocócica, que motiva una comunicación nuestra con la colaboración del profesor Dasso (5).

Y para terminar la serie de enfermedades en las cuales es aplicada con éxito, mencionaré el tratamiento de las otitis medias supuradas, que traemos a consideración de este honorable Congreso en su sección respectiva.

Bibliografía.

1. Gret L. G.: Tratamiento de la oftalmía gonocócica del recién nacido. (Comunicación al Congreso Hispano-Americano de Sevilla, 1924.)

Gret L. G. y Paperini H.: Tratamiento de la oftalmía gonocócica por el Haptinógeno Gono Méndez. (*La Semana Médica*, núm. 52, año 1924.)

2. Gret L. G.: Esfacelos vulvovaginales. (*La Semana Médica*, 1923.)

3. Gret L. G.: Endometritis puerperal. (*EL SIGLO MEDICO*, Madrid, 1922.)

4. Gret L. G.: Tratamiento de las mastitis agudas. (*EL SIGLO MEDICO*, Madrid, 1923; *La Semana Médica*.)

5. Dasso H. y Gret L. G.: Sobre un caso de pelviperitonitis grave. (Comunicación al Congreso de Sevilla de 1924.)

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

SPRACH UND STIMMSTÖRUNGEN (Trastornos de la voz y del lenguaje), por E. Fröschels (Viena), tomo 17 de la colección «Libros de la Práctica Médica». Un volumen en 8.º de 66 páginas con 16 grabados, editor J. Springer, Viena y Berlín, 1929, precio, 2,40 RM.

El balbuceo y las diferentes formas de la tartamudez tienen un tratamiento especial que únicamente puede efectuarse en institutos a ello dedicados. Está, por tanto, la logopedia situada fuera del círculo de las actividades del médico general, pero esto no debe ignorar ni las variedades de trastornos del lenguaje, ni la manera de corregirlos, sobre cuyos puntos le orienta el libro de Fröschels, escrito con excelente sentido práctico.

A. V. N.

PERIODICOS MEDICOS

Neurología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Nuestra experiencia sobre la terapéutica de la esclerosis en placas, por Jori Viter (de Praga). — La terapéutica específica biológica de la esclerosis en placas permanece aún en estudio. La llamada paraespecífica persigue dos fines principales:

1.º Provocar en el organismo la superproducción de elementos proteolíticos que favorezcan la reabsorción de los productos patológicos y especialmente de las placas de esclerosis.

2.º Utilizar el efecto terapéutico de la fiebre.

El autor ha practicado la introducción parenteral de 1 a 15 c. c. de leche sin conseguir resultados claros. Con otras albúminas los resultados no han sido más favorables.

Las inyecciones de peptona en un caso produjeron una mejoría transitoria. En cuatro casos no produjeron otro efecto que una ligera disminución temporal de las sensaciones parastésicas.

La piretoterapia con vacuna antitífica o con *phlogetan* no produjo mejoría alguna, muy al contrario, las reacciones violentas y la fiebre empeoraron considerablemente a los enfermos.

Del estudio de 150 enfermos durante cinco años ha deducido el autor que los mejores resultados se consiguen con la quimioterapia y la radioterapia.

Entre los cuerpos químicos, los compuestos mercuriales producen una mejoría lenta, pero evidente. Entre los arsenicales, el licor de Fowler es el más útil. Una de las más claras mejorías fué obtenida después de una inyección subaracnoidea de electargol.

La radioterapia de la médula es la medicación física que ha producido mejores resultados.

La existencia de remisiones en el curso normal de la esclerosis en placas hace difícil la interpretación de los resultados terapéuticos (*Bruzelles Medical*, núm. 28, 1929.) — TOMÉ

Enfermedades infecciosas

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Ideas actuales sobre la naturaleza de la encefalitis epidémica, por Primitivo de la Quintana. — Un virus

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

encefálico normal adquiere poder patógeno, sin que aparentemente haya causa que determine una disminución del poder defensivo del individuo atacado.

Un virus encefálico, normal también, aprovecha un estado enérgico del individuo, es decir, un decaimiento brusco de sus defensas para hacerse patógeno e invadir el neuroeje.

El virus encefálico es exaltado en sus diferentes pases a través de organismos indefensos y adquiere una capacidad patógena, que le permite vencer perfectamente a organismos que, de no ser por esta exaltación, no hubieran sido infectados.. (*Actualidad Médica*, Mayo de 1929.)

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Tratamiento abortivo de la erisipela por el sulfarsenol, por el Dr. Borde. — Apoyándose en ocho observaciones de resultados concluyentes y definitivos, piensa el autor que el sulfarsenol es un remedio probablemente preventivo, realmente curativo y posiblemente abortivo de la erisipela.

El sulfarsenol lo emplea en estos casos por vía subcutánea en la región retrotrocantérica, a razón de 12 centigramos por inyección cada dos días. Generalmente, se precisan de una a cuatro inyecciones para conseguir la curación.

Como tratamiento local emplea el autor las pincelaciones de glicerina prayacolada al 1 por 1.000, practicadas también cada dos días. (Soc. de Med. et de Chi. de Bordeaux, 22 Junio 1929). — TOMÉ.

Biología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Las albúminas totales y la urea en el suero sanguíneo, por P. Chailley-Bert y Edouard Peyre. — Los métodos corrientes, largos y complicados, para dosificar las albúminas totales del suero han sido substituídos con gran ventaja por la refractometría, infinitamente más sencilla y para la que bastan unas gotas, lo cual ha permitido emprender observaciones y estudios en gran escala que han servido para precisar más las nociones acerca de la patogenia de la uremia y de la indudable intervención del hígado en la misma. Ya es sabido que las albúminas de la sangre circulante comprenden, por una parte, la serina, la globulina y el fibrinógeno y, por otra, ciertos productos de desecho que proceden, ora de la alimentación, ora del metabolismo de nuestros tejidos, y que se hallan destinados a ser expulsados fuera del organismo. Pero el riñón en estado normal es incapaz de dejarlas pasar, siendo indispensable que estas albúminas, cualquiera que sea su forma, sean previamente transformadas en urea para poder franquear la barrera renal y ser arrojadas al exterior. De aquí se deduce que los métodos de exploración del hígado fundados en la dosificación del ázoe total de la orina y en el estudio de sus relaciones con el ázoe de la urea urinaria no pueden proporcionar las enseñanzas que se ha querido obtener de ellos, pues es evidente que si el hígado no transforma las albúminas, éstas son por ese hecho incapaces de franquear el riñón y es en vano dosificar lo que pasa de ázoe mientras que una cantidad verosímilmente más considerable y en todo caso desconocida queda retenida y se escapa completamente a nuestra observación. En el estado normal, la casi totalidad del ázoe se elimina bajo la forma de urea, y la urea es casi exclusivamente formada en el hígado. Si, pues, la función uropoyética del hígado está alterada, la transformación de tales cuerpos en urea se hallará retardada y aun impedida, pudiendo estallar entonces accidentes graves como los que se ven en el coma hepático o en la fase terminal de la ictericia grave. El análisis no descubrirá, en tales casos, más

que una pequeña cantidad de urea en la sangre, pero se encontrará siempre un aumento considerable de la cantidad total de albúminas en dicho líquido que, de 85 gramos, cifra normal, se elevará a 120, 130 y aún más.

Contrariamente a lo que creían muchos autores, no existe ninguna relación fija entre la cantidad total de albúmina del suero y la cantidad de urea de la sangre. Hay renales con hígado sano, intacto, en los que la casi totalidad del ázoe total se halla retenido bajo la forma de urea, lo cual es comprensible porque no estando el hígado lesionado, su función uropoyética se cumple perfectamente y las albúminas son transformadas en urea, pero como el riñón es incapaz de dejar pasar la urea, hay uremia. Varios autores han demostrado que la urea no es una sustancia tóxica, y esto es verdad en los casos en que el riñón está sano en que no solamente no es tóxica, sino que se manifiesta como un poderoso diurético, como si el organismo sintiese prisa por desembarazarse de ella; pero falta averiguar lo que ocurre sobre un organismo que es incapaz de eliminarla. Hay, por otra parte, ciertos enfermos que clínicamente muestran signos de uremia, cefalea, artralgia, prurito, dedo muerto, placas de anestesia y a veces hasta disnea aumentada con el decúbito e hipertensión de la mínima, etc., en los cuales la dosificación de la urea sanguínea da cifras normales en absoluto, mientras que la albúmina sanguínea se halla siempre considerablemente aumentada, 95 a 120 gramos. Estos enfermos no son urémicos, puesto que la cifra de su urea sanguínea es la normal, son albuminémicos, en los que el hígado lesionado no efectúa ya la transformación de las albúminas que deben eliminarse y se acumulan en la sangre provocando fenómenos clínicos análogos a los de la retención ureica, que no siempre se presentan, pues se han visto sujetos con 110 y 115 gramos de albúmina en la sangre que no acusaban ningún trastorno, y otros que asimismo han soportado 1,84 gramos y aun 2,70 gramos de urea sanguínea durante varios meses sin la menor molestia. Del mismo modo que hay urémicos sin albuminemia y albuminémicos sin uremia, hay un tercer grupo de enfermos en los que la urea sanguínea y la albúmina total del suero se hallan aumentadas a la vez.

Como consecuencia práctica de estos trabajos se puede concluir que hay accidentes urémicos que se presentan en individuos con urea sanguínea normal en los que es raro que la tasa de las albúminas de dicho líquido no se halle considerablemente aumentada, es decir, que hay urémicos que no son verdaderamente urémicos, sino hiperalbuminémicos, distinción que no sólo tiene un interés puramente teórico, sino que tiene influencia sobre el pronóstico, ya que en los casos mixtos, el régimen hipozoadado ha conseguido disminuir con bastante facilidad la urea, mientras que la albúmina permanecerá casi estable, especialmente en los individuos de edad. La medicación más eficaz parece ser los extractos hepáticos totales. (*Le Progrés Médical*, núm. 18, 30 de Marzo de 1929).—T.

Medicina general

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Cirrosis icterígena, tipo Hanot, con fibroadenia, por los Dres. M. Acuña, A. Casaubón y F. de Filippi. — Las alteraciones del bazo y de los ganglios son primitivas del sistema hematopoyético y no secundarias. Se trata, por consiguiente, de una cirrosis de evolución subaguda, con reacción general, hipertrofia ganglionar y alteraciones proliferativas del bazo (alteraciones de la pulpa). (*La Prensa Médica Argentina*, 20 Junio 1929.)

KELATOX

(gotas é inyectable.)

Fórmula de elección para administrar el Benzoato de Benzilo.

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

Jarabe
“DEYEN”
 de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos é insustituible en los niños.

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

Depositarlo: E. DURÁN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid.

Frasco de muestra á los señores médicos, pidiéndolo á director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda ¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

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

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

RECONSTITUYENTE RÁPIDO

ENOFOSFORINA
SERRA

Fortalece á los débiles: Acorta las convalecencias: Aclara la mente, Devuelve el buen humor.

AGUAS DE
MARMOLEJO

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

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de **estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia, Arterioesclerosis, 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.
 Alquileranada la carretera que conduce á los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en
MARMOLEJO (Ayuntamiento de Madrid)



CICA-SÉPTICO
LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceratina.)

De seguros resultados en quemaduras, heridas, grietas de los pechos, sabañones ulcerados, úlceras atónicas y forúnculos 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, Villadiego.

—Por interinidad, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Ballester (Albacete), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 16 de Noviembre.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 1.555 habitantes, a 20 kilómetros de la cabeza de partido (Alcaraz) y a 66 de la capital. La estación más próxima, Villarrobledo. Carretera.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Proaza (Oviedo), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 14 de Noviembre.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 3.166 habitantes, a 26 kilómetros de la capital, que es su cabeza de partido. La estación más próxima, Trubia, a 14 kilómetros. Carretera que parte a la general de Oviedo a Galicia. Río Trubia.

—La de médico titular de Miedes de Aragón, con el haber anual de 1.575 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratar con los vecinos pudientes por lo que recibirá unas 4.125 pesetas. Solicitudes hasta el 18 de Noviembre.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 990 habitantes, a 18 kilómetros de la cabeza de partido (Daroca) y a 92 de la capital. La estación más próxima, Fuentes de Giloca, a 8 kilómetros, pero la que más se utiliza es la de Calatayud, a 20 kilómetros. Carretera. Río Perejiles.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Labajos (Segovia), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 21 de Noviembre.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 485 habitantes, a 38 kilómetros de la capital y a 28 de la cabeza de partido (Santa María de Nieva). La estación más próxima, Sanchidrián, á 8 kilómetros. Carretera.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Molá (Tarragona), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 17 de Noviembre.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 925 habitantes, a 12 kilómetros de la cabeza de partido (Falset), cuya estación es la más próxima, y a 63 de la capital. Carretera a García y Mora de Ebro.

(Continúa en la pág. XXVI.)

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 e informaciones por mediación de la Gerencia.

ANTISPASMINA COLICA

Píldoras
Queratinizadas
de
Belladona, Valeriana y Papaverina

Dan excelentes resultados en las: **Colitis aguda y crónica, Colitis muco-membranosa, Cólicos hepáticos, Crisis dolorosas entéricas** por adherencia y bridas posteriores a la apendicitis.

Resuelven y curan el espasmo restableciendo el funcionamiento normal del intestino en: **Estreñimiento espasmódico, Crisis pseudo-diarréicas, Dispepsias por fermentación, Neurosis intestinal** con excitación del peristaltismo

Medicación soberana en todas las formas dolorosas del abdomen por la acción sedante que desenvuelve sobre la inervación vagal

Fascos de 40 píldoras

Laboratorio Farmacológico Reggiano

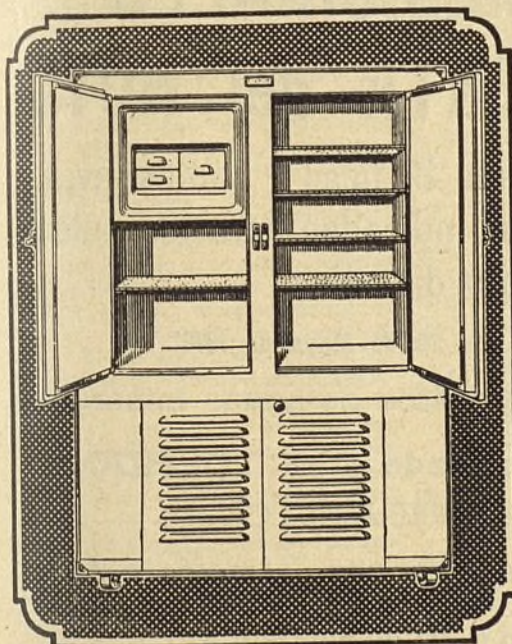
Director: G. RECORDATI - Correggio (Italia)

Representante para España: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ - Paseo de Gracia, 75 - Barcelona

Depositarío: D. RAMÓN SALA - París, 174

MUESTRAS Y FOLLETOS A PETICIÓN

DE VENTA EN FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS



FRIGIDAIRE

es indispensable para

HOSPITALES, CLINICAS Y SANATORIOS

La refrigeración eléctrica automática FRIGIDAIRE es la más segura, más práctica y más económica. Ha sido adoptada por millares de los hospitales, clínicas, sanatorios, etc., más importantes de España y del extranjero para la conservación a la temperatura debida de sueros, vacunas, alimentos, etc., y para la producción de hielo para los enfermos. Consumo insignificante. Funcionamiento completamente automático. Pida folletos descriptivos y lista de referencias en España, que incluye:

Hospital General, Madrid.

Instituto Provincial de Sanidad, Alicante.

Inspección de Sanidad, Cádiz.

Instituto Llorente, Madrid.

Laboratorio Iby, Madrid.

Laboratorio Municipal de Eotja, Eotja.

Laboratorio del Instituto de Higiene Militar, Madrid.

Hospital Militar, Sevilla.

Laboratorio Bacteriológico Municipal Valencia.

Sanatorio de la Equitativa, Madrid.

[Concesionario] para Madrid:

ELECTRODO, S. A., Reina, 13. — MADRID

EL MEJOR RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Opocalcium

del dr. guersant

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

Ayuntamiento de Madrid

LOS MÉDICOS ENCONTRARÁN EN LA LECHE MALTEADA DE HORLICK



una bebida nutritiva, de mucha confianza y de paladar agradable. Es de perfecta solubilidad, tanto en agua caliente como fría y también en aguas gaseosas.

Los estómagos delicados, que no pueden digerir una comida sencilla, ni aun compuesta solo de leche, toleran perfectamente un vaso de HORLICK helado.

El calor y las fuerzas vitales se mantienen fácilmente tomando la LECHE MALTEADA de HORLICK, cuyo valor calorífico es de 4,27 por gramo ó 121 por onza, con un valor nutritivo de 1 en 6,36. Las calorías derivadas de proteína son aproximadamente de 19 por onza. El carbonato de hidrato que contiene, proviene de la lactosa de la leche, junto con la maltosa, dextrina y productos intermedios derivados de cereales, en las proporciones siguientes: Lactosa 1, Maltosa 4, Dextrina 2.

La proporción de grasas, proteína y carbonato de hidrato, es de 1, 2, 8.

Se expenden en botellas de cristal, debidamente selladas, conservándose por tiempo indefinido en todos los climas



Si no la halla en su localidad, dirijase al depositario en España:

PEDRO FERRER GURGUI,
Paseo de Colón, 15, Barcelona.

AGUAS MINERO-MEDICINALES y BALNEARIO de VENTA del HOYO

Aguas Bicarbonatado-Cálcicas, Nitratado-Sódicas y Radioactivas para la curación de la DIABETES y muy indicadas para toda clase de afecciones del aparato digestivo.

Declaradas de utilidad pública por R. O. de 25 de Mayo de 1918.

De venta en farmacias, droguerías y depósitos de aguas minerales.

Pedidos á la Administración: Apartado 6. — TOLEDO
HOTEL DEL BALNEARIO

A 7 kilómetros de Toledo sobre la carretera de esta población á Avila.

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

ITINERARIOS: Los viajeros del Norte, Levante y Andalucía harán su viaje desde Toledo al Balneario, en quince minutos, empleando el automóvil de línea de Torrijos ó en los del servicio público de las paradas.

Los que tengan necesidad de efectuar su viaje por los ferrocarriles de M. C. P. y O. de España, descenderán de éstos en Torrijos, continuándole á las ocho de la mañana en el automóvil de línea para llegar á las nueve al Balneario

fermos, argumentarán muchos, y pasaremos los médicos a ser simples agentes de policía secreta de las autoridades sanitarias. «La medicina preventiva, agregábamos más adelante, exige la declaración de las enfermedades que pueden dañar a la colectividad y cometemos un delito de lesa eugenesia si per-

HIPOFOSFITOS SALUD GRAN RECONSTITUYENTE

serveramos en la idea de guardar un secreto que puede perjudicar a nuestros semejantes.» La escuela francesa ha infiltrado en el espíritu de los médicos latinoamericanos, el concepto idealista en que ella mantiene el secreto profesional. Yo participo ampliamente de las ideas fundamentales en que descansa la doctrina francesa, pero considero que, dentro de su mismo idealismo, está comprendida la violación del secreto cuando con nuestro silencio contribuyamos a conciencia a perjudicar a nuestro semejante o a amparar delincuentes. Para que una doctrina tenga fuerza de ley moral, es necesario que en cualquier circunstancia se mantengan incólumes sus preceptos fundamentales. Desgraciadamente en lo que se refiere al secreto médico y sus preceptos básicos, no sucede así. Las leyes sociales, las compañías de seguros sobre la vida, etc... compran nuestro secreto para resguardar sus intereses, y en muchas otras circunstancias, directamente relacionadas con la

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

lucha por la vida, el médico divulga aquello que por su investidura ha sabido en beneficio de su propia existencia o la de su familia.

El contagio venéreo, considerado como delito, constituiría para muchos médicos un asunto cuya tramitación legal irrogaría una violación del secreto profesional, y esto no puede tolerarse. Pero, preguntamos a uno de estos idealistas, defensores de la inviolabilidad del secreto profesional: ¿qué haría frente a un caso concreto como el que exponemos a continuación? Una hija o hermana, próxima a contraer nupcias con un individuo que ha sido cliente del médico, portador de una enfermedad transmisible, una sífilis, por ejemplo, insuficientemente tratada y que se resiste por cualquier razón a continuar curándose. ¿Acaso este médico, aprovechándose de sus conocimientos de la enfermedad, no hará, de manera indirecta, todo lo posible por impedir esa boda o, ciñéndose estrictamente a los fundamentos en que

hará por impedir un contagio. Escudándose en el idealismo de su secreto profesional contemplará impasible la perpetración de un crimen. Habrá una víctima: la esposa; habrá muchas más: los hijos. Allá ellos. El drama no es en carne propia; la tragedia se desarrolla fuera de su hogar. El está satisfecho; ha sabido guardar su secreto profesional. Así como éste, mil ejemplos nos depara la vida diaria; el secreto médico tiene sus puntos vulnerables, aunque ellos no quieran reconocerlo.

La experiencia diaria que nos proporciona un conocimiento más profundo de los actos en que descansa la vida, nos enseña que, en muchos casos, la moral está en contradicción con el principio fundamental del secreto médico absoluto. El secreto médico es de orden general y debe continuar siendo intangible,

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A.—Call, 22.—Barcelona.

mientras la sociedad no tenga intereses superiores para exigir su violación, pues una doctrina rigurosa del secreto es un obstáculo para el progreso de la higiene pública. Corresponde a nosotros, los médicos, considerar con criterio amplio el problema del secreto médico absoluto y proponer a las autoridades respectivas señalen disposiciones limitativas, basadas en el espíritu de defensa de los derechos naturales, para su violación.

LEGISLACIÓN SOBRE EL CONTAGIO VENÉREO Y SUS RESULTADOS

En Dinamarca, Suecia, Noruega, Finlandia, Austria, Alemania, Rusia, Checoslovaquia, Cuba, Australia y Canadá se castiga con multa y prisión el contagio consciente de una enfermedad venérea. En Dinamarca (ley de 30 de Marzo de 1906, C. P.) la frecuencia de la sífilis fué menor que en ninguna época durante los últimos cuarenta años, o sea de 63 por 100.000. En 1922-1924 se comunicaron 152 casos por 100.000 habitantes en las poblaciones y 15 por 100.000 en los distritos rurales. En Noruega (párrafo 155, C. Penal de 1902) también han notado una notable diferencia en las cifras de las sífilis en las ciudades. En Suecia (ley de 19 de Enero de 1919) la frecuencia en 1927 fué de 20 por 100.000 habitantes. En Alemania (ley de 18 de Febrero de 1927) hubo también una marcada disminución de las enfermedades venéreas durante los últimos meses de ese año.

ANTIPHLOGISTINE

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

LAS JUDIAS MILAGROSAS

(Trabajo premiado por la Revista profesional «Por la Infancia».)

Para un doctor amigo, cosechero de habichuelas.

Es la rica habichuela de tu campiña, tierna, cual los amores de casta niña,

¡Oh, mi querido amigo!
son de primera...
y ¡qué bien que las guisa
mi cocinera...!

En potaje, escabeche
y en ensalada,
te juro que me gustan
una burrada...
pero... sinceramente,
con tantas bocas,
tuvieron el defecto
de ser muy pocas.

No es la vulgar judía
gas-oli nera,
molesta y respondona
por la zaguera:
pues, como buen colono
y hombre de ciencia,
has sabido quitarles
la flatulencia.

Yo no creo que exista
nada más sano
en el plan Naturista
vegetariano,
que a la par que alimento,
son medicina,
por su enorme riqueza
de vitamina.

He curado con ellas
varias «otitis»
y algunas muy rebeldes
«pan-oftalmitis»,
habiendo conseguido
curas enormes
en males de los «plexos
pampiniformes».

En la anemia brotaron
sanos colores
y han curado a una niña
de «mal de amores».
Pues comiéndote a diario
tus habichuelas,
yo creo que se alivian
hasta las muelas.

Y en el gremio de suegras
la que no es buena,
una ración de alubias
¡te la despena...!
y aunque sea bigotuda,
de esas que embisten,
en suegras pocos casos
se la resisten.

¡Oh, preciosa legumbre
vitaminera,
al par que alimenticia
tan milagrosa...
tú, que todo lo curas,
cura asimismo
los males que nos vienen
del intrusismo...!

Que la tierna habichuela
de tus plantíos
que feliz inspirara
los versos míos,
el Señor y la Virgen
te la bendigan
y que tanto milagro
siempre consigan.

Post-Data si la cosa
viene derecha

Urosolvina: eficaz antiúrico.

descansa la doctrina del secreto médico, se resigna estoicamente a que se consuma este delito? Si logra su propósito de impedir esas nupcias y luego después llega a su conocimiento que ese mismo individuo está próximo a tener relaciones sexuales o a contraer matrimonio con otra mujer que no es de su familia, nada

y tuvieras hogaño
buena cosecha,
si mandas bien repletas
las agnadas,
te cantaré en estrofas
habicholeras.

P. LÓPEZ DE TERUEL.

PAIDODINAMO
el mejor tónico infantil.

EL NÚMERO DE AUTOMÓVILES
que había al terminar el año 1928
en todo el mundo.

En *L'Auto* hemos visto una referencia del folleto anual publicado por la Cámara americana del Comercio del Automóvil. Es interesante y recogemos algunos aspectos:

El número de autos en todo el mundo, al terminar 1928, era de 31.778.000. Corresponden a los Estados Unidos 24.493.124. Siguen luego en orden decreciente: Inglaterra, 1.128.200; Francia, 1.098.100; Canadá, 1.061.886; Alemania, 581.000; Australia, 516.000; Argentina, 310.000; Nueva Zelanda, automóviles 161.000; Italia, 147.000; España, 146.000; Bélgica, 118.000, y Suiza, 65.000.

El país que cuenta con menos autos son las islas Gilbert: dos coches.

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.
Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

Los constructores americanos disponen de 68 talleres de montaje en el extranjero; 27 instalados en Europa; siete, en Alemania; seis, en Inglaterra; tres, en Dinamarca; dos, en Bélgica, y uno en España, Francia, Suecia, Finlandia, Italia, Polonia y Holanda.

La producción mundial durante los doce meses de 1928 fué: 4.358.000 coches, en los Estados Unidos; 242.000, en el Canadá; 210.000, en Francia; coches 208.000, en Inglaterra; 90.000, en Alemania; 55.000, en Italia, y 13.000, en Checoslovaquia.

Italia exportó el 43 por 100 de su producción; Francia, el 24 por 100; Estados Unidos, el 12 por 100; Inglaterra, el 9 por 100, y Alemania, el 7 por 100.

El país que tiene más coches en relación a su extensión es Bélgica, y el que tiene más coches en relación a sus habitantes, Estados Unidos, donde hay

Poderoso reconstituyente:
BIOPLASTINA SERONO

un coche por cada cinco habitantes. En algunos Estados, la densidad automovilística es aún mayor. Por ejemplo: en Kansas, donde hay un coche por 2,3 habitantes. Siguen a los Estados Unidos en este concepto: Canadá, Australia, Inglaterra, Francia, Suecia y Alemania.

Las naciones que tienen menos autos con relación a su población son China, Rusia, Sudán, Bulgaria y Turquía.

La higiene en Norteamérica.

Una popular revista norteamericana de Medicina propone que los lectores de los grandes diarios conozcan estas preguntas, que considera de capital importancia para el mantenimiento de la salud:

¿Sabe usted que la luz favorece la limpieza?

¿Sabe usted que el sol es el mejor desinfectante?

¿Sabe usted que para tener buena salud es esencial tener la boca limpia?

¿Sabe usted que la educación física de la juventud es la base de la salud de los adultos?

¿Sabe usted que las balas matan millares y las moscas decenas de millares?

¿Sabe usted que el dolor de cabeza es el aviso de la naturaleza de que la máquina humana se ha descompuesto?

¿Sabe usted que el malhumor no suele ser sino un síntoma de mala salud?

Es un verdadero sabio el que, sabiendo estas cosas, ajusta a ellas su vida y procura enseñarlas a los demás.

Kelatox: Sedante atóxico.

LO QUE LEEMOS

LA CARNE COMO ALIMENTO EXCLUSIVO

Stefansson vivió durante once años y medio dentro de los confines del Círculo Ártico, y en nueve de aquéllos años se nutrió exclusivamente con carne. El afirmó que nunca se sintió mejor en su vida. Alcanzó su peso máximo, se encontró despejado mentalmente y activo físicamente y no sufrió de estreñimiento. Su cabello se puso más espeso y su dentadura se conservó en perfecto estado. Tanto en su vida de trabajo como en los intervalos de descanso en las va-

ION-CALCINA
PALLARÉS

HEMOSTÁTICO-RECONSTITUYENTE

á base de

CLORURO DE CALCIO

rias exploraciones, Stefansson gozó de óptima salud con su dieta a base de carne.

A su regreso al clima templado, Monsieur Stefansson fué sometido a un severo examen físico por el Dr. Clarence Lieb, de la ciudad de Nueva York. El explorador resultó hallarse en espléndidas condiciones y no reveló ningún efecto perjudicial causado por su prolongado régimen de carne. El Dr. Lieb consigna los casos de otros dos hombres que se alimentaron exclusivamente con carne y no experimentaron daño alguno por ese motivo.

SE APARTA un momento de la mesa en que toma café un caballero, y pone sobre su vaso un papel con esta inscripción: — «He escupido dentro».

Cuando regresa para tomarse su café lee otra inscripción que ha puesto un bromista: — «Y yo también».

UNA indigestión es el remordimiento del estómago y el remordimiento la indigestión de la conciencia.

**

PARA no llorar cortando cebolla. — Si se clava un trozo de pan en la punta del cuchillo cuando se pica cebolla, no lloran los ojos.

Jarabe Bebé. - Tetradínamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas).
Véase anuncio, página V.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En San Nicolás (provincia de Buenos Aires) ha causado honda emoción la inesperada pérdida del Dr. D. Cirilo Sáenz, muy apreciado en la localidad en que desempeñó los cargos de director del Hospital Regional, médico escolar y de diversas Asociaciones de Socorro mutuo.

—En la capital federal y después de soportar una larga y alternativa dolencia, falleció el Prof. Dr. Domingo S. Cavia, cuyas actividades se desenvolvieron en la enseñanza universitaria y secundaria. Especializado en la Medicina legal, desempeñó los cargos de jefe de sala del Hospital de Alienados, director del Cuerpo Médico-Escolar del

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Consejo Nacional de Educación, cirujano del Ejército y Armada, catedrático del Colegio Nacional de Buenos Aires, etcétera, retirándose de la cátedra de Medicina legal, por jubilación, y siendo designado luego profesor honorario de ella.

—Con poca diferencia de días siguió las huellas del anterior el Dr. Rómulo H. Chiappón, distinguido profesor de la Facultad de Ciencias Médicas y especialista en enfermedades nerviosas, desempeñando entre otros cargos los de miembro del Comité de Neurología y Psiquiatría del Primer Congreso Nacional de Medicina; relator en las sesiones extraordinarias de la Asociación Médica Argentina; relator de la misma institución en los homenajes a los profesores Austregesilo y Sommer; presidente de la Conferencia de Médicos del

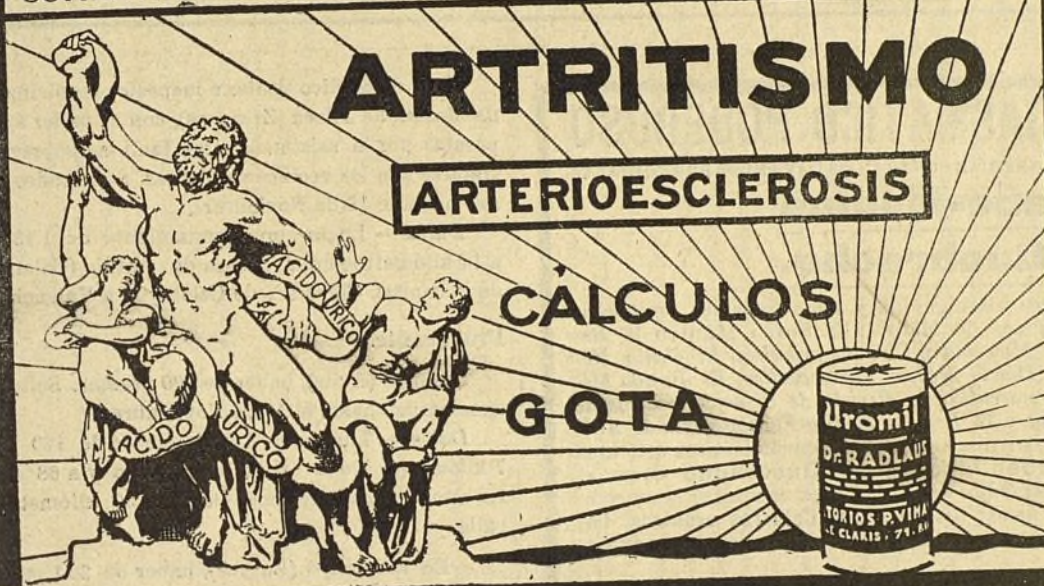
Inapetencia, Anemia, Debilidad.
VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

Hospital Ramos Mejías, y miembro de numerosas instituciones científicas nacionales y extranjeras.

—A consecuencia de un accidente de automóvil ocurrido en el kilómetro 116 de la carretera de Francia, falleció el médico de Gumiel del Mercado D. Carlos Martín Rodríguez, a quien acompañaba el médico inspector del ferrocarril en construcción de Madrid a Burgos, Dr. Navarro, herido también levemente.

Uromil

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



REUMA

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



EXTRACTO
DE
MALTA

"EUMALT"

Aceptado por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPSINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG BACALAO
CON ACEITE HIG BACALAO E HIP



DIPLOMA DE MÉRITO
2º Congreso de médicos de la lengua
catalana — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO

de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras á Laboratorio de Productos Dermatológicos, J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

Depósito central: Sr. Medina, Serrano, 38, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



Producto español a base de Hamam-virg.^a. Esculus hippocast; novocaína, anestésina, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y pachedimientos del recto. Tubo con cánula. 350 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Morata de Jiloca (Zaragoza), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 18 de Noviembre.

Datos. — Lugar con Ayuntamiento de 1.137 habitantes, a 14 kilómetros de la cabeza de partido (Calatayud) y a 74 de la capital. Carretera de Calatayud a Valencia. Río Jiloca.

Practicantes.

Umbrias (Avila), haber de 300 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 19 de Noviembre.

Datos. — Lugar con Ayuntamiento de 120 habitantes, a 7 kilómetros de la cabeza de partido y a 88 de la capital. La estación más próxima, Béjar, a 30 kilómetros. Río Arábale.

—En Villarcayo (Burgos), haber de 200 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 18 de Noviembre.

Datos. — Villa cabeza de partido de 983 habitantes, a 75 kilómetros de Burgos y a 20 de Bercedo, que es la estación más próxima. Carretera.

—Carabafia (Madrid), haber de 300 pesetas. Solicitudes hasta el 17 de Noviembre.

Datos. — Villa con Ayuntamiento de 2.050 habitantes, a 18 kilómetros de la cabeza de partido (Chinchón) y a 50 de Madrid. Carretera. Río Tajúña.

Se desea comprar de segunda mano: mesa de reconocimiento y operaciones con lunas de cristal. Vitrina, sillón de laringólogos, lavabo pedal y depósito. Ofertas a D. Manuel Gutiérrez, Espinosa de los Monteros (Burgos).

Se necesita un médico para substituir durante un mes en un partido del Norte, existiendo autos de alquiler para hacer las visitas de los anejos. Sueldo 400 pesetas. Para más detalles dirigirse a D. Manuel Gutiérrez, en Espinosa de los Monteros (Burgos).

ACEITE RICINO MASANA

SIN OLOR NI SABOR :: EDULCORADO Y SABOR NARANJA

Doctor: Pida una muestra que se le remitirá gratuitamente a:

LABORATORIO MASANA BOZZO. — Avenida Virgen Montserrat, 43. — Barcelona.

Agente exclusivo para la venta: JUAN MARTIN.—(MADRID-BARCELONA)

CORTEZO

PASEOS DE
UN SOLITARIO
DOS TOMOS
Librería.

Ayuntamiento de Madrid

nes afectan a ambos hemisferios, si bien suelen hacerlo a uno más que al otro, de aquí que, por lo menos, en la mayoría de los casos, los síntomas clínicos sean bilaterales; ahora bien: la intensidad no es la misma en los dos lados y en el curso ulterior de la enfermedad, las lesiones de un lado, y, por consiguiente, sus síntomas, pueden desaparecer por completo. Al ver en un caso que a las parálisis flácidas se asocian otras espásticas o bien que como consecuencia de la infección poliomiélfica quedan exclusivamente parálisis espásticas, no hay que apresurarse a diagnosticar una forma cerebral de la enfermedad o localizaciones cerebrales de la misma acompañando a las medulares, puesto que estas parálisis espásticas se presentan en todos los casos en que se encuentra lesionada de modo permanente la vía piramidal en cualquier sitio de su largo trayecto. Esta lesión de la vía piramidal puede revelarse exclusivamente por la exaltación de los reflejos y el fenómeno de Babinski; este último resulta muy dudoso en los niños de corta edad que ya en condiciones normales tienen tendencia a él. En otros casos, a pesar de existir lesiones importantes de los fascículos piramidales, no se manifiesta el fenómeno de Babinski porque la sensibilidad de las plantas de los pies para la exploración de los reflejos se encuentra disminuida. Cuando en el período de reparación reaparece la sensibilidad para la excitación de los reflejos se manifiesta el fenómeno de Babinski. El fenómeno de la flexión dorsal del primer dedo del pie se presenta también en muchos casos de pie equinovaro residual a consecuencia de la poliomiélfitis. Para terminar con esta forma bastará que digamos que la parálisis encefálica infantil es un síndrome que no siempre pertenece etiológicamente a la poliomiélfitis, de manera que hace falta mucha prudencia para decidir el diagnóstico en favor de una forma cerebral de la poliomiélfitis, y como quiera que hasta el examen histológico directo puede resultar insuficiente para decidir el diagnóstico diferencial por no ser posible en muchos casos la diferencia con la encefalitis epidémica, no habrá más remedio que conservar en glicerina trozos de la masa encefálica de tales enfermos

haga una anamnesia muy detenida con miras a diagnosticar especialmente la parálisis espinal de forma bulbar o la encefalitis epidémica. Si se tiene ocasión de hacer la autopsia de un caso de esta índole, bueno será también dirigir las investigaciones anatómicas en el mismo sentido. Al tratar de hacer un diagnóstico exacto de localización del proceso, sobre todo para precisar si una parálisis es central o periférica, hay que huir de exagerar la importancia de los síntomas que corrientemente sirven para esta diferenciación, porque no se trata de un proceso que afecte, por ejemplo, a una sección del nervio, sino que se extiende longitudinalmente a lo largo de él. El hecho de que la lesión asentase en el verdadero tronco del facial, es decir, de que se tratase de una verdadera neuritis, no sería suficiente para esgrimirle en contra de la posibilidad de que se tratase de encefalitis epidémica. Al hacer la diferencia de las lesiones del facial entre las nucleares y las infranucleares, no hay que olvidar que los caracteres de éstas son también diferentes, según que se trate de procesos radicales o periféricos y que se considerarán como procesos radicales aquellos situados entre el núcleo de origen del nervio y el punto en que perfora la duramadre, o sea el *forus acusticus internus* (orificio del conducto auditivo interno); en tanto que son lesiones verdaderamente periféricas las situadas entre este sitio y el músculo. Muchas veces no se limitan los síntomas de la forma bulbar de la parálisis a estos síntomas del facial, sino que se asocian a los mismos otros síntomas de los motores oculares, del hipogloso, de la raíz motora del trigémino, dificultades para la deglución y para la fonación, parálisis monolaterales del velo del paladar, trastornos atáxicos del movimiento. En tales casos suele suceder que la hiperestesia del principio afecta especialmente al territorio del trigémino y que la causa de la primera consulta que se hace al médico sea la existencia de una neuralgia de este nervio. El diagnóstico de la naturaleza del proceso se hará en tales casos si desde un principio se asocian las parálisis de los nervios bulbares a parálisis espinales, o si las parálisis espinales se presentan más tarde porque el proceso lleve una

marcha descendente. Cuando las parálisis del neumogástrico o de otros nervios bulbares se presentan de una manera aislada, será su diagnóstico mucho más difícil, a no ser que se presenten en época de epidemia de parálisis infantil. Las parálisis faciales inflamatorias agudas son muy excepcionales en la infancia si no existen lesiones del oído. Si a esto se une el comienzo por un proceso febril agudo, la existencia de la hiperestesia y de los sudores que son tan característicos y la de un contacto con enfermos de poliomielitis, el diagnóstico de forma bulboprotuberancial de la poliomielitis se hará con bastante facilidad y con muchas probabilidades de acierto, pero si se trata de casos esporádicos, seguramente que nadie pensará en la poliomielitis a la vista de tales casos.

Lo más importante de estos casos aislados es que incluso en el examen necrópsico no se suele encontrar dato seguro que permita hacer el diagnóstico de naturaleza del proceso, a no ser que éste se haya extendido a la médula, lo que ocurre a veces incluso en enfermos que fallecieron rápidamente de su proceso y no presentaron en vida síntomas clínicos de las lesiones de la médula. Las únicas manifestaciones de estas lesiones medulares que acompañan a los casos bulbares son la pérdida de los reflejos tendinosos y estados de hipotonía y de blandura de determinadas zonas de la musculatura de los miembros. Tiene interés para el diagnóstico de las formas bulboprotuberanciales de la poliomielitis la tendencia de todos estos casos a la monolateralidad de las lesiones; incluso en los casos de lesiones bilaterales no son simétricas. Antes de la parálisis existen con frecuencia parestias y dolores en el territorio del facial. Las oftalmoplejias suelen ser también monolaterales. En los casos de lesión de la médula cervical se presentan también fenómenos de desigualdad pupilar de bilis a parálisis oculopupilares del simpático. Los trastornos de la reacción pupilar a la luz y a la convergencia son en cambio muy poco frecuentes. En la mayoría de los casos, el fondo del ojo se encuentra normal, y los casos en que se ha hablado de alteraciones del mismo, son probablemente de diagnósticos du-

dosos. Solamente en los casos muy graves hay trastornos importantes de la deglución; las parálisis monolaterales de los músculos del velo del paladar con midriasis monolateral y trastornos del trigémino son poco frecuentes. En cambio, se han encontrado a menudo trastornos de la fonación y en especial afonías y disartrias. En estas dificultades de la fonación intervienen probablemente las parálisis de los músculos respiratorios. Los bostezos repetidos son de mal pronóstico. La respiración de Cheyne-Stokes y los paroxismos de dificultades respiratorias coincidentes con taquicardias, se suelen encontrar en relación con lesiones de los centros respiratorios bulbares. En un caso de poliomielitis confirmado mediante la autopsia en que se presentó el síndrome de la parálisis de Landry se desarrolló una dilatación gástrica muy intensa. Al mismo tiempo existía una taquicardia grande y en la autopsia se encontró una infiltración de células redondas en ambos núcleos del neumogástrico, por lo que se atribuyó a esta lesión la sintomatología observada, incluso la dilatación gástrica.

Existe una forma cerebral o predominantemente encefalítica que tiene igual etiología que la forma que afecta a las astas anteriores de la médula. En esta forma cerebral, descrita por Strümpell, dominan las lesiones en la región motora de la corteza cerebral. Pero estos casos, tales y como Strümpell los describió, deben ser de lo más excepcionales dentro de la enfermedad, por cuanto siempre que se encuentran enfermos en los que las lesiones dependen de un proceso encefalítico, se observa en el estudio anatómico que no es la corteza cerebral la más atacada y hasta, por el contrario, los experimentos hechos en los monos demuestran que la corteza resulta verdaderamente refractaria al virus. Incluso en los casos de inoculación intravertebral se producen focos de localización en la médula dorsolumbar. La patología humana no coincide del todo en este punto con la experimental, por cuanto se encuentran focos en las circunvoluciones cerebrales, pero siempre que existen estos focos se encuentran otros de mayor importancia en otros puntos del encefalo, principalmente en el tronco del mismo. Las leso-



1.550 1.850 metros sobre el mar.
situación muy resguardada.

DAVOS

Graubünden,
Suiza.

Los mejores resultados curativos en el tratamiento de todas las formas de tuberculosis.
Bronquitis. — Asma. — Profilaxia, especialmente para niños. — Convalecencia.
La oficina de comercio (Verkehrsbureau) Davos, dará toda clase de información

ANALISIS

de orinas, esputos, leches,
sangre, 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. Emiliano García Berceruelo.—Paga-
do fin Septiembre 1930.
- D. Lucas Rodríguez.—Id. fin Diciembre
1929.
- D. Valeriano Alonso.—Id. fin Junio
1930.
- D. Antonio Casado.—Id. fin Marzo 1930.
- D. J. López Perales.—Id. fin Diciembre 1929.
- D. José Manuel Pérez.—Id.
- D. Ventura de Aneas.—Id. fin Diciembre 1930.
- D. Marcelino Hernández.—Id. fin Agosto 1930.
- D. Jaime Arrom.—Id. fin Diciembre 1929.
- D. Pedro Barquero.—Id.
- D. Arturo Biscarri.—Id.
- D. José Rivera.—Id. fin Abril 1930.
- D. Gustavo Ceballos.—Id. fin Diciembre 1929.
- D. Jacinto González.—Id.
- D. Emiliano Gabete.—Id.
- D. José Bonzas.—Id. fin Marzo 1930.
- D. Rafael Camacho.—Id. fin Septiembre 1929.
- D. Francisco Altiaich.—Id. fin Diciembre 1929.
- D. Juan Duyos.—Id.
- D. Laureano Alonso.—Id.
- D. Arturo Escudero.—Id.
- D. Luis Arranz.—Id.
- D. Mario Cordero.—Id.
- D. Dionisio M. Parra.—Id.
- D. Juventino Catzudo.—Id.
- D. Mariano Camacho.—Id.
- D. José Antonio García.—Id.
- D. José Carrero.—Id.
- D. Pedro García de Hoyos.—Id. fin Enero 1930.
- D. Benito Cuadrillero.—Id. fin Diciembre 1929.
- D. Manuel Fernández.—Id.

(Se continuará.) Ayuntamiento de Madrid

HIERRO QUEVENNE

Unico aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS.
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemias.
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Beaux-Arts, París.

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(Stomallix)

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

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —

Éxito en los Hospitales desde 1848.

En todas las farmacias.—Al por mayor TAVERNIER & AQUETTANT.—LYON (Francia).

CCC

**ROGAMOS
UNA PESETA**

AL MES, PARA LA

**CRUZADA
CONTRA EL
CÁNCER**

FERNANDO-VI-6-MADRID

CONCERTADO

APARTADO

LABORATORIOS TURÓN

PRODUCTOS NEUROTÉRAPICOS

Doctor: ¡He!... aquí; tres productos de eficacia comprobada!

NEURONAL-TURÓN: *Es específico de los estados de emotividad exagerada, excitación psíquica de depresión mental, neurosis de compulsión, ansiedad, histeria, e INSOMNIO ESENCIAL.*

Dosis: de dos a cuatro cucharadas grandes distribuidas en las veinticuatro horas. Completamente inocuo; tolerancia absoluta.

FENILCAL: *(sal cálcica del feniletilmalonilurea.) Es el mejor anti-epileptico conocido. No entorpece el regular funcionamiento del intestino y facilita la diuresis. Dosis: De una a tres tabletas al día*

FOSFORAL-TURÓN

(excelente tónico nervioso)

Estimulante del cerebro, agotamiento psíquico, estados neurasténicos, depresión nerviosa, debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, melancolía en sus diversas formas.

FOSFATURIA. *Gusto agradabilísimo, tolerancia absoluta. Dosis: una cucharada de postre antes o después de las tres comidas*



Moncada, número 10, y Borra de Ferro, número 9. — BARCELONA

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 el tratamiento de la poliomielitis por el Dr. Luigi Pancaro.—Pasada la oportunidad, variemos el disco, por Manuel Martínez Saldías.—Movimiento médico de Barcelona, por F. Wüst Berdaguer.—Colegio de Huérfanos.—XIII Congreso Internacional de Fisiología.—Curso médico sobre el lavado pulmonar.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Jaqueca e hipertensión.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Estafeta de partido.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Homenajes merecidos.

Con verdadera complacencia hemos asistido al homenaje simultáneo que el Cuerpo de Sanidad Militar ha tributado a sus dos ilustres representantes los Excmos. Sres. D. José Alabern Raspall y don Manuel Martín Salazar, significando su gratitud y admiración a ambos señores en sendas lápidas colocadas; la primera, conmemorativa de los servicios del Dr. Alabern, en el Instituto de Higiene Militar situado en la calle de Alberto Aguilera, y la segunda, dedicada a nuestro corredactor Martín Salazar, en la Academia Médico-Militar, por él fomentada y ennoblecida, establecida hoy en la calle de Altamirano.

Los homenajes de esta índole, cuando como éstos a que nos referimos representan una indiscutible historia de trabajos y merecimientos, de preocupación por los adelantos de una Corporación dentro de la cual se ha creado una personalidad no discutida y empleada en atender al progreso, al bienestar y sobre todo al renombre de una Corporación tan insigne, abnegada y brillante como lo es la que constituye los servicios del Cuerpo de Sanidad Militar a quien tantas veces y con tanto placer hemos encomiado, no tanto como él se merece, por sus efectivos servicios y sus patrióticos sacrificios; estos homenajes, tributados en el ocaso de la vida de los hombres a quienes enaltecen, elevan el ánimo e invitan a la fusión del aplauso general del Cuerpo médico y del País entero, con el que especialmente organizan las personas más íntimamente allegadas, y por tanto, más conocedoras de la justicia de tal aplauso.

En medio de la verdadera lluvia de homenajes más o menos espontáneos y justificados de que diariamente da cuenta la prensa, y que podrían por su significación y número amenazar con la vulgaridad y quizás con el descrédito a las manifestaciones dudosas espontáneas que les sirven de pretexto, éstos actos de reconocimiento de todo un expediente como el que cada uno de nuestros dos amigos ostenta, de toda una carrera de esfuerzo, de laboriosidad calla-

da y de permanente preocupación por sus adelantos, y los de la Corporación que se honra numerándolos en su seno, no pueden ser eclipsados por el excesivo uso a que se ha llegado y el mal disimulado prurito de publicidad, que como último fin en otros se descubre.

El Dr. Alabern ha tenido el raro privilegio (mucho más raro que en ninguna otra carrera en la médica) de no tener, no ya enemigos, sino ni adversarios siquiera. Su claro talento, su abnegada laboriosidad y su modesto y espontáneo alejamiento en las significaciones políticas y de las luchas profesionales, le hacían *el amigo de todos*, y bien acreedor es a que todos le tributemos el aplauso que hasta él llega, hallándose él colocado en la cima de la gloriosa carrera que siempre, callada, pero brillantemente ha ejercido, en el Ejército, en la Real Cámara y en la Sociedad que sus condiciones personales estimaba como más apreciables.

En cuanto al Sr. Martín Salazar, tememos que nuestro juicio pueda parecer interesado, al surgir de estas columnas que tantas veces ha honrado con su sabia colaboración. Para ser indiscutible, no han faltado al Sr. Martín Salazar la mayor parte de las condiciones que en el Sr. Alabern hemos reconocido; pero le ha sobrado una, que es la que más seguros desabrimientos, preocupaciones e injusticias procura: ha desempeñado cargos político-administrativos y esto, que es motivo de acritud entre la plebécula de todas las profesiones, que quisiera igualarse por el procedimiento de la decapitación de los que crecen, no amengua seguramente la valoración de los que a tales puestos llegan, como el Sr. Martín Salazar, con un bagaje científico, efectivo e innegable que les hubiera siempre hecho insignes y renombrados, aun sin el aditamento de los efímeros y espinosos cargos de la administración pública.

Nuestra sincera y cordial enhorabuena a los que, amigos de toda la vida, es de creer que continúan siéndolo el tiempo que ella dure.

No es tan incondicional el regocijo que experimentamos al dar cuenta, como más detalladamen-

te lo hacemos en otro lugar, del homenaje que con el carácter de *última lección* han tributado al doctor Maestre sus amigos y apasionados discípulos. Significando tal acto adhesión, reconocimiento y entusiasmo ante una vida dedicada al cultivo, a la investigación de la enseñanza en la rama quizás más complicada y difícil de nuestra enseñanza médica, había, sin embargo, en el acto celebrado el último domingo, un dejo de amargura y no poco de protesta, por significar él, cuando menos, la amenaza del alejamiento del ilustre maestro de la cátedra que con tanta devoción desempeñó durante cincuenta años.

En el que esto escribe había de ser mayor esta sensación de amarga melancolía: conservador en su vejez de las dos únicas facultades de que puede alabarse, esto es, de la memoria, que es el *talento de los tontos*, y de la gratitud, que es la memoria del corazón, no quiso presenciar el acto de despedida a que hoy se refiere. Temía que no se apartara durante él de su pensamiento aquella impresión eventualmente conmovedora que experimentó por los años del 78 al 79 de la pasada centuria, cuando una tarde en su amado y nunca olvidado Hospital de la Princesa se le presentó en la clínica que él desempeñaba como decano de aquel nosocomio, un modesto y encogido joven que llevaba en la mano un nombramiento de practicante honorario de tal centro. De entonces acá ni el más ligero celaje ha eclipsado la franca amistad acrecentada a través de todas las adversidades y los triunfos de dos carreras casi paralelas.

Faltó en la despedida del Sr. Maestre la presencia, pero no ha de faltar siquiera en el sentido figurado, el abrazo de

DECIO CARLAN

LA EPIDEMIA DE PARÁLISIS INFANTIL

SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA POLIOMIELITIS

POR EL

DR. LUIGI PANCARO (1)

Como los resultados obtenidos en la última epidemia desarrollada en Winnipeg el pasado año no dejan ninguna duda sobre la especificidad del suero de los convalecientes como medio seguro para combatir la parálisis infantil, es conveniente que cada médico práctico se familiarice con la nueva y eficazísima terapéutica y que posea un cuadro bastante definido de los síntomas preparalíticos, por el hecho de que la administración del suero, cuando se han establecido los signos de la parálisis, está prácticamente privada de todo beneficio.

(1) Traducción del Dr. R. Comenge, para El Siglo Médico.

Referiré aquí—en una nota anticipada—los resultados de nuestra epidemia, en la reciente epidemia observada en la provincia de Ontario, después de haber brevemente comprobado los principales síntomas preparalíticos de esta terrible enfermedad.

El principio de la enfermedad es brusco, se presenta fiebre y dolor de cabeza. El vómito y la diarrea son síntomas que se comprueban en el 50 por 100 de los casos.

Un síntoma de gran importancia diagnóstica es la rigidez de la nuca y de la espina dorsal. Si se intenta hacer flexionar al pequeño la cabeza, se presenta dolor, y si se le ordena o se le sienta en la cama, busca mantenerse en tal posición, sosteniéndose con los brazos.

Torando la piel del tórax, se provoca dolor por la hiperestesia general que de este modo se comprueba.

Dichos síntomas son los más comunes y seguros para el diagnóstico que se puede comprobar mediante el examen del líquido cefalorraquídeo, el cual, como se sabe, demuestra un aumento de los polinucleados en las primeras veinticuatro horas y de los linfocitos en las horas consecutivas.

La parálisis se comprueba después de dos o cuatro días del comienzo de los síntomas antedichos y es en este período, que como se ha dicho, el empleo del suero no reporta ninguna ventaja.

Hasta este instante, los casos de poliomiелitis observados en esta provincia y confirmados por el informe de los laboratorios existentes en cada pequeño núcleo, superior a los 15.000 habitantes, suben a 500, y los resultados obtenidos con la nueva terapéutica, demuestran claramente que se pueda poner en este suero la misma confianza que se tiene con el antidiftérico. Desde luego se demostró óptimo en el 24 por 100 de los casos.

La administración del suero se realiza por vía intramuscular, porque se ha observado que esta vía responde bastante mejor que la vía subaracnoidea y que la endovenosa. La dosis es generalmente de 30 c. c. en una o dos veces (quince cada vez).

El suero se obtiene de las personas que fueron afectadas de poliomiелitis con anterioridad, que no hayan disfrutado de este nuevo tratamiento y no hayan sobrepasado el décimo-octavo año de la infección.

El primero que confirmó los beneficios de esta admirable terapéutica, destinada a los más grandes éxitos, fué A. Zingher, durante la epidemia ocurrida en New York, en el 1916, y los trabajos recientemente publicados sobre este asunto por Flexner, Fred, Eliot y Luther, en el *Journal of the American Medical Association*, confirman los resultados verdaderamente maravillosos.

La rapidez con la cual obra el suero, la falta de parálisis y el súbito bienestar que se produce en los pequeños pacientes, no dejan duda de ningún género, y hacen de esta terapéutica el medio más seguro para combatir la terrible afección.

Diremos en otra nota los resultados tenidos en ulteriores casos, aunque 500 casos sean más que suficientes para poder expresar el juicio que la terapéutica, con el suero de los convalecientes en la poliomiелitis aguda, es el único medio por el cual puede esperarse:

- 1.º Mínima mortalidad.
- 2.º Número limitadísimo de parálisis.
- 3.º Ausencia de parálisis completa (1).

(1) El próximo número publicaremos la interesante comunicación de Levaditi, Kling y Lepine presentada a la Academia de París el día 8 de Octubre acerca de la penetración del virus de la poliomiелitis a través de la mucosa del tubo digestivo y su conservación en el agua. (N. de la R.)

UPOTERAPIA 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

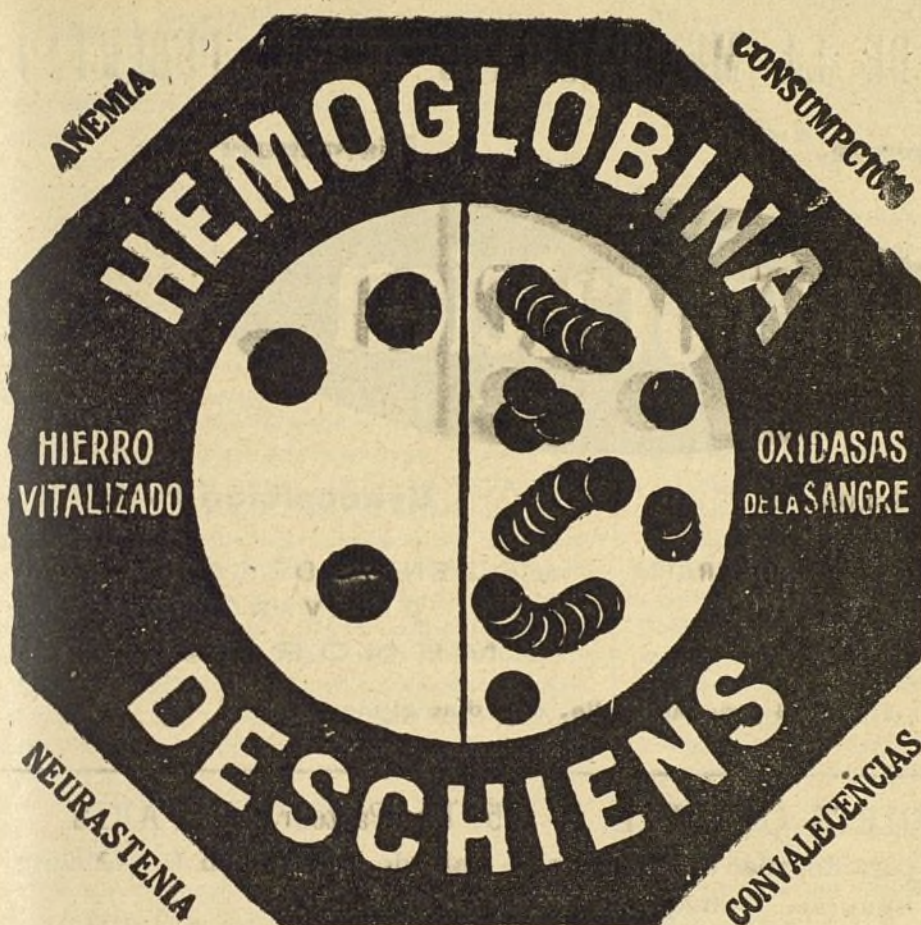
DOSIS :

Jarabe : Una cucharada de la
sopa en cada comida.
Vino : Un vaso de mader en c
comida.

**SUSTITUYE LA CARNE ROJA
Y EL HIERRO**

Laboratoire Deschiens
8, Rue Paul-Baudry, París
Agentes para España :

JIMENEZ-SALINAS y Cia., Sagues, 2 y 4, Barcelona S-B



ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcalá 9 MADRID

EUFILINA

Tabletas,
supositorios
y ampollas.



DIURETICO Y CARDIOTÓNICO

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 dirijase á D. WALTER WICKE, MADRID XIV, Calle Pizarro, 13.
Ayuntamiento de Madrid

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

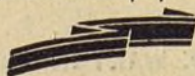
NATEINA

ES EL TRATAMIENTO EFICAZ
de la

Hemofilia	16-36 comprimidos al día
Púrpuras y Anemias	8-16 " "
Tuberculosis	18-24 " "
Atrepsia, Escorbuto, etc	6-10 " "

DECLARADO DE UTILIDAD PÚBLICA.- INCLUIDO en el Petitorio de Medicamentos de Sanidad Militar para su empleo en los Hospitales Militares, etc.- **ADOPTADO** en Inclusas, Sanatorios, Hospitales, etc. **INCLUIDO**, por R.O. de 25 de Abril, publicada en la Gaceta 26 Abril de 1928, página 495, en la tarifa Petitorio de Medicamentos de las Beneficencias Municipales y farmacias de las Diputaciones provinciales

La dosis diaria debe distribuirse en partes iguales entre las tres o cuatro comidas del día, y tomar los comprimidos 10 minutos antes de la comida masticándolos y tomando a continuación un pequeño sorbo de agua.



Ayuntamiento de Madrid. Paseo de Rosales, 8 y 12, Madrid.

Pasada la oportunidad, varilemos el disco.

Una vez más los hechos vinieron a confirmar nuestros augurios.

A la iniciada protesta sorda, de que ya en nuestro anterior artículo nos ocupábamos, con motivo de la impremeditada suspensión de la Asamblea de Zaragoza; como habíamos previsto, a ella ha seguido la esperada explosión de cuantos profesionales, más o menos aficionados y predispuestos a exteriorizar sus impresiones, en unas u otras revistas habitualmente colaboran.

Reconocido por todos el equivocado concepto en que nuestros flamantes directores inspiran su actuación, y la imprescindible necesidad de rectificar los procedimientos que de nuevo nos condenan a la impotencia; menester será que las eternas parias rurales cansados y maltrechos de aguantar se les traiga y se les lleve a la ventura de Dios sin otra finalidad práctica que la de hacerles servir de comparas del grupo de exhibicionistas hasta la saciedad conocidos... se apresten a demostrar en actos enérgicos que por el camino que se va, ni se llega a ninguna parte ni es razonable perdurar en la creencia de que puedan aproximarse a la conquista de objetivos que ni aciertan a planear ni obtener.

No hay, pues, más remedio que rendirse a la evidencia y reconocer que la colectividad tal y como actualmente se halla constituida y funciona, bien claramente viene manifestando lo infructuoso de sus gestiones y la inutilidad de sus esfuerzos.

Ahora bien: como la desdibujada y angustiosa situación a que por las causas antedichas la Asociación ha llegado, para ésta supongan la anulación y la muerte; si firmemente los asociados de buena fe quieren conservarla, siempre con la noble aspiración de que algún día dignifique y enaltezca a la abnegada y preterida clase médica rural a todo evento precisada de redimirse, los caminos a seguir marcados quedaron en las conclusiones que para refrescar vuestra memoria a continuación reproducimos:

1.^a Proceder a una inmediata reorganización y recuento de fuerzas bien depuradas y solidarizadas. 2.^a No consentir en el seno de la Asociación miembro alguno que con razón pueda ser tildado de indisciplinado, tibio o sospechoso; y 3.^a Delimitar al presente nuestras aspiraciones a la centralización de la provisión de vacantes, y nuestra transformación en funcionarios del Estado, premeditando, puntualizando y realizando al efecto con todo entusiasmo y perseverancia los actos en que estas aspiraciones sean repetidas y reafirmadas ante la Superioridad, siempre aprovechando las ocasiones que se crean más propicias.

De no hacerlo así, estad seguros de que a pasos de gigante se aproxima su demolición.

Lamentando muy de veras que apocamientos inexplicables hayan dado lugar a la suspensión del resonante acto por la mayoría absoluta ansiosamente deseado; porque en él, como se había anunciado y previsto, debían quedar anulados los maquiavelismos sistemáticamente opuestos a las aspiraciones de los más y de los mejores, y que no se haya despejado el ambiente de las tanto tiempo perseguidas reivindicaciones de clase tan injustamente postergada..., nos vemos precisados a variar de disco ante la próxima inauguración de cursos académicos, cuyas reseñas la oportunidad reclama el espacio de que podemos disponer; claro es que sin por esto dejar relegados al olvido estos asuntos que muy bien pudieran exigir imprevistas e inesperadas intervenciones.

MANUEL MARTÍNEZ SALDÍSE

Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

Unas notas acerca del Congreso Internacional Monográfico de Cáncer de la Piel (Barcelona, 28, 29, 30 de Octubre de 1929):

En crónicas sucesivas iremos dando cuenta detallada de las ponencias, coponencias y discusiones, así como del programa de festejos y de los nombres ilustres de los congresistas de este Congreso que ha alcanzado un gran éxito científico y de organización. Hoy, por la premura del tiempo, nos debemos reducir a la reseña de cinco ponencias que justamente han alcanzado sumo interés. Y nada más; en próximas crónicas procuraremos ser más extensos que hoy la premura del tiempo—lo repetimos—no nos lo permite.

Terapéutica del precáncer. — Profesor Dr. Paul G. Unna (Hamburgo).

Presenta un interesante «moulage» de gran tamaño en que se ve la piel de la espalda de un hombre de sesenta y siete años de edad. Se distinguen una serie de precánceres diferentes, úlcera muy grande que histológicamente representa un cáncer de células mezcladas; además se ve una serie de epitelomas planos de células basales, además un extraño edema contudiforme de la región lumbar y algunas queratosis seniles en la región del omoplato y, distribuidas por todas partes, gran cantidad de pequeños angiomas de color azul violeta.

La úlcera grande se había desarrollado muy paulatinamente y de forma que pasó casi desapercibida. El paciente sentía pocos dolores y su estado general no sufrió alteración alguna.

Como es sabido—dice el ponente—este hecho y el principio poco aparente es el peligro capital del cáncer y de sus fases preliminares.

Unna divide los precánceres en tres grupos: a) epitelomas celulobasales o basaliomas (entre estos cuenta el pagetoide de Darier, el epiteloma eritematoide de Graahm Little y el carcinoide de Arning); b) las queratosis seniles y tóxicas; y c) las dermatosis de Bowen y de Paget.

El diagnóstico diferencial clínico de los diferentes grupos, es generalmente imposible sin microscopio. El diagnóstico diferencial histológico falla no pocas veces—dice,—a causa de que varios tipos histológicos pueden presentarse uno al lado del otro en un espacio mínimo.

También el profesor Unna dió a conocer un caso de piel de marineró con queratosis precáncer de la oreja en una anciana, con los siguientes datos histológicos: lado derecho de la cara con la piel curtida y la verruga de la oreja sospechosa de cáncer; en un corte teñido se ve el orificio de un folículo lleno de espesas masas córneas (lo rodea cáncer espinocelular); la misma preparación histológica demuestra un gran foco epitelial, el cual presenta en su interior considerables alteraciones de las células en parte de carácter Bowen (gran cantidad de mitosis atípicas, clumpings y células epiteliales gigantes), la parte inferior del foco epitelial termina en un epiteloma celulobasal, y en la parte superior del corte hay varios cúmulos córneos. Acumulación de células epiteliales gigantes.

O sea, se encuentran cáncer espinocelular con acúmulos córneos, cáncer celulobasal y estructura Bowen simultáneamente.

Afirma que el basalioma aún no es cáncer, ni tampoco la disqueratosis de Darier. Por razones clínicas y el afán de destruir a tiempo todo tejido sospechoso de cáncer, los ginecólogos declaran que las capas leucoplásicas del útero con

estructuras Bowen son principio de cáncer," pero no pueden probarlo con los métodos histológicos actuales. La prolongada duración de la fase benigna, la cual puede durar toda una vida humana, la creación experimental Bowen mediante radiación con rayos X, según Miescher, y la creación experimental Bowen mediante vacunación cutánea de salvarsán, según Ebert, comprueban que las estructuras Bowen no son cáncer.

La transformación de precáncer a cáncer se verifica clínicamente, casi imperceptible, en los tres tipos, cubriéndose los focos hasta entonces secos de costras húmedas que finalmente decaen en forma ulcerosa; histológicamente se forma de improviso sin fase intermedia, desorden epitelial y cáncer espinocelular, o se convierte paulatinamente en estructuras de células mezcladas, y finalmente, en cáncer espinocelular maligno.

Formas clínicas del cáncer de la piel.—Profesor Dr. E. Zurhelle (Bonn).

Presentó un caso de «epitelioma morphaeiforme». Fue descrito la primera vez por Danlos y Brocq en 1899, llamado también «epithéliome à forme de plaque sclérodermique». Se trata de una mujer de treinta y seis años de edad que se había quemado la frente con unas tenacillas de rizar hace diez años. Dos años antes de la primera consulta le apareció en la frente un tumorcillo. Se ve un centro amarillento y un reborde de color marfil con vasos. Al microscopio: epitelioma basocelular con cal y grasa en acúmulos redondos. Escisión. Cuatro años más tarde recidiva.

También presentó un caso de cáncer en coraza con vesículas. Mujer de treinta y ocho años de edad. Empezó en el pezón. Induración, pero también zonas claramente eritematosas. Al microscopio: infartos en los vasos linfáticos y células carcinomatosas en las vesículas subepidérmicas. Linfangitis carcinomatosa en forma de vesículas.

Las reacciones de Roffo y Botelho en el cáncer cutáneo.—Dr. C. Maturana Vargas (Barcelona).

La reacción de Botelho no es del todo específica con relación a los portadores de tumores malignos, ya que es casi siempre positiva en varios procesos inflamatorios, en embarazadas y en casos de tumores benignos. Es evidente que ambas reacciones, por lo que respecta a epitelomas de la piel, son positivas en un gran promedio de enfermos. Resultado del ponente:

	Reacción de Roffo.	Reacción de Botelho.
Epitelioma de la nariz.....	Positiva.	Positiva.
Epitelioma del labio superior.....	Positiva.	Negativa.
Epitelioma del labio superior.....	Positiva.	Negativa.
Epitelioma del labio superior.....	Positiva.	Negativa.
Lesiones preepiteliomatosas de la sien derecha.....	Positiva.	Negativa.
Epitelioma del párpado inferior.....	Negativa.	Negativa.
Lesiones preepiteliomatosas del labio superior.....	Positiva.	Negativa.

La reacción de Roffo parece al ponente más selectiva por cuanto sus resultados son casi siempre positivos en enfermos afectados de lesiones precancerosas y, por lo tanto, su valor diagnóstico es mayor que la de Botelho.

Insiste sobre su criterio de que las reacciones de Roffo y Botelho son positivas en la mayoría de casos de epitelomas cutáneos, pero parece ser que la reacción de Roffo es más sensible por lo que se refiere a individuos con lesiones preepiteliomatosas.

La colesteroína en el cáncer cutáneo.—Dr. C. Maturana Vargas (Barcelona).

Determinaciones del profesor A. H. Roffo, de Buenos Aires, comprueban un aumento de colesteroína en el suero, no sólo de los animales afectados, sino también en la especie humana. Ciertamente, algunos estados patológicos se caracterizan por un aumento de este cuerpo en el suero; tal ocurre en septicémicos, tíficos y en las mujeres en gestación, y es que la colesteroína debe considerarse—dice—como un agente antiinfeccioso. Ya Ellis y Gardner demostraron que la colesteroína interviene en la neoformación celular, pues disminuye el contenido de la misma en la yema del huevo a medida que el embrión se desarrolla y crece en tamaño.

Roffo demostró que en ratas con tumores injertados a las que se sometía a un régimen alimenticio en el que no había colesteroína, dichos tumores no crecían como los de las ratas testigos, también injertadas y que comían alimentos ricos en colesteroína. La colesteroína desempeña un papel importante en el desarrollo y crecimiento de las células neoplásicas.

No rmalmente en la piel sana el contenido de colesteroína se halla por debajo de 0,43 por 100 de materia seca. El ponente ha hallado un contenido en gramos que oscila entre 1,25 y 2,25 por 100 de materia seca, en neoformaciones epiteliomatosas de la piel.

El ponente sienta las siguientes conclusiones:

1.ª En los estados preepiteliomatosos, así como en sujetos afectados de cáncer cutáneo, es dable hallar siempre en los tejidos afectados y en el suero de los enfermos un porcentaje de colesteroína superior al normal; y

2.ª Como parece ser que el aumento de la colesteroína coincide con una preparación del terreno para el desarrollo y evolución del cáncer cutáneo, puede servir de elemento diagnóstico la investigación del porcentaje de la colesteroína en las lesiones y en el suero.

Morfología del precáncer.—Prof. Dr. J. Sánchez Covisa (Madrid).

De lo expuesto por el ponente se deduce que los agentes determinantes del epitelioma de la piel y, en general, de todos los cánceres, son de naturaleza física, química y parasitaria, y que el investigador utiliza las mismas acciones, para producir el cáncer experimental. Cada uno de estos medios tiene sobre la piel una diversa predisposición lesional. Los agentes de orden físico producen, preferentemente, la atrofia cutánea, que determina en el dermis la desaparición de la red elástica y presta al tegumento caracteres de senilidad precoz. Sobre esta base atrófica aparecen, como se ve en el xeroderma pigmentorum, en la dermatitis solar y en las radiodermatitis, algunos puntos hiperqueratósicos circunscritos, pequeñas elevaciones verrugosas, y en determinadas zonas, minúsculas lesiones vasculares de tipo angiomaso; pero todas estas pequeñas lesiones, gérmenes en potencia de futuros cánceres, asientan sobre una base clínica e histológica fundamental: la atrofia cutánea.

Los agentes químicos que obran como productores espontáneos o artificiales del cáncer, crean un terreno básico constante: la hiperqueratosis, de la que son ejemplos salientes la que acompañan al arsenicismo y la producida experimentalmente por las fricciones de alquitrán.

Atrofia de la piel y la hiperqueratosis cutánea son, pues, los dos procesos fundamentales que encontramos en las llamadas dermatosis precancerosas y en los estados precancerosos experimentales. Ambos se mezclan y confunden en muchos casos y constituyen las condiciones anatómicas que sirven de asiento al cáncer y que deben estimarse como factores que favorecen su presentación. Estas condiciones anatómicas básicas pueden aparecer en la más diversas enfermedades, desde la leucoplasia a las cicatrices, y desde

las genuinas dermatosis actínicas a las dolencias más distanciadas como el lupus.

Ante esta diversidad de afecciones, se impone pensar si el grupo de dermatosis precancerosas debe subsistir constituido por un conjunto tan heterogéneo de enfermedades y si debe concederse la categoría de especies morbosas precancerosas a una serie de lesiones que aparecen en las más diversas dolencias, y que pueden quedar estacionadas, sin evolucionar hasta la formación del cáncer.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

COLEGIO DE HUÉRFANOS

El señor tesorero del Colegio de Huérfanos ha recibido un donativo del Dr. Monforte, de Navalmoral, Cáceres, de 2,50 pesetas.

El Dr. Vallejo Nágera nos ha entregado cuatro vales de certificaciones, como donativo para el Colegio.

También nos ha remitido D. Manuel de la Vega otros cinco vales y el Sr. Velázquez de Castro uno.

XIII Congreso Internacional de Fisiología ⁽¹⁾

Mecánica circulatoria.—El Dr. Brooks presenta un estudio sobre la mecánica circulatoria. Tigerstedt deduce de una larga experimentación, interesantes conclusiones de la comparación entre el pulso central y el periférico. Sobre esta misma cuestión presentaron trabajos los doctores Scott, Pievach, Katz, Grollman, Hamilton, Mausfeld y Stringhol.

El profesor Henderson da cuenta de su procedimiento de inhalación para la medida de la velocidad de la sangre. Sobre la circulación venosa presentaron comunicaciones de interés Klisiecky, Eyster y Gollvitz-Meier. El notable fisiólogo Spist presentó un primoroso trabajo sobre la circulación coronaria. Otto Franck presenta un aparato para la medida de la velocidad de la sangre.

Los fenómenos de conducción en el corazón y las propiedades rítmicas del músculo cardíaco son objeto de algunos interesantes trabajos. El profesor Fredericq estudia en un magistral trabajo las formas de la contracción cardíaca, dando una idea clara y sencilla de este fenómeno tan confuso, acaso por el propio exceso de literatura sobre él. Los Dres. Wiggers y Hroker presentan dos interesantes películas sobre el mecanismo de la arritmia y la fibrilación, respectivamente. Cattell estudia las relaciones entre el período refractario y el ritmo con la presión. El profesor Boer expone la función cronotropa del corazón de la tortuga, emitiendo en esta cuestión interesantes conclusiones para la fisiología y clínica humana. El doctor Tullio habla de la alteración asfíctica del corazón.

Cinco fundamentales estudios sobre el quimismo cardíaco fueron expuestos en las reuniones de este Congreso, y los cinco conseguidos por el método de perfusión. Rothlin hizo atinadas observaciones sobre la utilización en la glucosa por el músculo cardíaco; White habló de la utilización del oxígeno por el mencionado órgano; Quelzer completó con su trabajo las observaciones de Rothlin; Barlow y Mulder hicieron un estudio comparativo del metabolismo del corazón en perfusión y el de animal en total, medido con anterioridad.

El Dr. Rein estudia el papel físico de la sangre en el

mecanismo de la regulación térmica, y el Dr. Asher habla de la resistencia del corazón ante la falta de oxígeno.

Inervación y reflejos cardiovasculares.—El Dr. Heymans efectúa interesantes experiencias, mostrando la existencia de una zona reflexógena en el seno carotídeo. Binet y Gaefe, según la técnica de la cabeza aislada, empleada también por Heymans en sus experiencias, analizan la acción del CO₂ sobre el centro vasomotor.

Gilson expone la continuación de sus estudios sobre el fisiologismo del nervio vago derecho.

Sobre los centros vasomotores hablan los Dres. Raab y Scott, y sobre las regulaciones periféricas, el doctor Hartman.

Dewaele deja establecido que la vasodilatación producida por excitación de las raíces posteriores, es indirecta y refleja, constituyendo un reflejo de Loven.

Koppányl analiza detenidamente los reflejos de los animales nadadores; Greene, los reflejos reguladores de la circulación coronaria, y Ducunig y Soula, los espasmos venosos en la periflebitis.

Funciones digestivas.—El Dr. Babkins presenta un trabajo sobre inervación de las glándulas salivares. Brunner habla detenidamente sobre el mecanismo del espasmo del cardias. Smith estudia las influencias reflejas del colon sobre el estómago. Petterson, en un curioso trabajo desarrolla el tema de la toxicidad gástrica.

El Dr. Von Actingen, con una técnica habilísima, efectúa simultáneamente la cinematografía y enterografía de los movimientos intestinales. El Dr. Dragstedt presenta una preparación del estómago aislado con la inervación y circulación intactas.

Sobre la histoquímica de la secreción gástrica, presenta una completísima memoria el Dr. Liun.

El profesor Boldiref presenta un importantísimo estudio sobre los trastornos de las secreciones ácido-táxicas de las glándulas digestivas, como factor de la desglobulización.

Tschermak ha estudiado con sumo cuidado las manifestaciones eléctricas de la función gástrica.

Sobre los reflejos biliares, presentan interesantes trabajos Iry, von Friedrich y Adlersberg.

Metabolismo basal.—El metabolismo basal en los estados mixedematosos y de cretinismo son objeto de una completa comunicación del profesor Kunde. El mismo autor habla de este mismo en los diversos estados mentales. El Dr. Hitchcock emite conclusiones sobre el valor normal del metabolismo basal.

(Continuará.)

Curso médico sobre el lavado pulmonar.

Nuestro compañero de Redacción el Dr. García Vicente, profesor de la Institución Antituberculosa Municipal de Madrid, va a dar un curso sobre «Terapéutica endobronquial y lavado pulmonar» en el Dispensario Antituberculoso Municipal Infanta Beatriz.

Las lecciones serán teórico prácticas, siendo la primera presidida por el director de la Institución, Dr. Codina, y en las restantes colaborarán los profesores del Dispensario, Dres. Alvaro de Gracia, M. Carrasco, A. Villegas, Esteban Muñoz y Navarro Fernández.

La matrícula es limitada, y los señores médicos que deseen tomar parte en él deberán inscribirse en la Secretaría del Dispensario (Lozano, 5, Guindalera) antes del día 7 de Noviembre, en que comenzará el curso.

(1) Véase el número 3.956.

Academias, Sociedades y Conferencias

Sesión del día 26 de Octubre en el *Hospital General, Servicio del Dr. Marañón.*

El Dr. Mena presenta los resultados de un interesante caso que fué autopsiado. Se trataba de un enfermo cuyos antecedentes patológicos eran tres neumonías, un chancro sifilítico en el pasado año y constantes manifestaciones artríticas. Se observaba un soplo sistólico muy áspero y una gran hipertrofia cardíaca. El comunicante considera este caso como de insuficiencia cardíaca. Con este motivo trata de la difícil distinción entre las endocarditis reumáticas y luéticas, la cual para Besançon es imposible. A continuación presenta la curiosísima pieza anatómica que constituye el corazón de este enfermo.

El Dr. Luque no cree justificado el título de insuficiencia cardíaca con que se ha señalado esta comunicación. Faltan para ello los datos más esenciales. En último término plantea el difícil diagnóstico diferencial entre endocarditis reumática y lenta de Shotmüller.

El Dr. Marañón señala las grandes hipertrofias de bazo e hígado que existían, ambas de tipo circulatorio. Se inclina hacia la etiología reumática de esta endocarditis.

El Dr. Morales presenta una extensa y documentada comunicación sobre el síndrome llamado corazón mixedematoso. Señala como datos principales la desproporción entre los signos objetivos y subjetivos, siendo estos últimos, por lo general, muy ligeros, y la infiltración del miocardio y la esclerosis vascular. Presenta cuatro casos muy significativos. Hace resaltar la existencia de un mixedema muy atenuado con síntomas cardíacos muy aparentes.

El Dr. Marañón insiste en la importancia y frecuencia de este síndrome y abunda en las ideas expuestas por Morales. Expone su criterio de una lesión previa de miocardio sobre la que se fija la cardiopatía mixedematosa.

Los Dres. Marañón y Gómez Acebo presentan un muchacho de veintidós años afecto de un infantilismo que reduce su talla hasta la correspondiente a un niño de once años, y de un senilismo precoz. Tiene lesiones fímicas pulmonares. Como con frecuencia aduce la experiencia, la etiología de los trastornos tróficos padecidos por este enfermo será debida a la tuberculosis.

Este enfermo presenta una curiosa alteración intersexual. Corresponde a lo que el comunicante ha dado el nombre de hemiintersexualidad. La cadera del lado derecho presenta una amplitud típicamente femenina en contraposición con la del lado opuesto, que mantiene sus características viriles. El vello puberal del lado de la deformidad es escaso y de disposición feminoide. Se trata de un fenómeno extraordinariamente raro, habiéndose observado algunos en los insectos y en las aves. Algunos autores han presentado casos de esta índole, aunque ninguno tan característico como éste. Como tipo atenuado y frecuente de esta deformidad pueden interpretarse la mayoría de los casos de ginecomasias unilaterales.

Son todos estos casos muy sugestivos y ponen en duda algunos de los fundamentos de nuestras ideas sobre las secreciones internas. Exponen las numerosas teorías, demasiado esquemáticas, dictadas para la explicación de este fenómeno. Bauer opina que se trata de una alteración constitucional y no propiamente de las secreciones internas.

El Dr. Ortiz presenta un difícil caso de interpretación radiográfica. Se trata de la distinción entre un quiste hídrico, una pleuresía interlobar y una neoplasia primitiva de pulmón. La serología daba un Weimbert positivo.

El autor se inclina hacia la idea de la pleuresía interlobar.

En la discusión de este caso exponen variadas teorías y opiniones el profesor García del Real y los Dres. Gimena, Jiménez Quesada, Raguz, Duque y otros.

El Dr. Marañón hace el resumen de las opiniones y expone la frecuencia con que semejantes diagnósticos se plantean.—Dr. J.

Sociedad Oftalmológica.

El Dr. Lijo Pavia, representante oficial de la Sociedad Médica Argentina, pronunció una notable conferencia sobre el síndrome de hipertensión y edema de la papila.

Presentó al conferenciante en breves frases de elogio el Dr. Sanchís Banús.

Trató de los signos papilares en la hipertensión del líquido cefalorraquídeo y de los medios que facilitan el examen de la papila edematizada, como son la oftalmoscopia, la lámpara de hendidura de Gullstrand y microscopia en el vivo.

Proyectó multitud de fotografías de fondo de ojo en casos de éxtasis papilar y los diferenció de otros de neuritis por nefroesclerosis en que éstos presentan lesiones retinianas.

Terminó exponiendo una fotografía que transmitió por radio a Buenos Aires desde Berlín. Explicó la técnica de transmisión y proyectó la fotografía que fué publicada por la Prensa bonaerense y que permitió al Dr. Costa coincidir desde Buenos Aires con el diagnóstico realizado por el conferenciante en Berlín.

Reclamó el honor para la raza hispana de haber llevado por primera vez a cabo la transmisión por radio de una fotografía de fondo de ojo con fines diagnósticos.

El Dr. Márquez, en breves pero elocuentes frases, dió gracias al conferenciante por tan bella conferencia.

A continuación se reunió la Sociedad Oftalmológica para tomar acuerdos sobre el Congreso Internacional de Oftalmología que se celebrará en Madrid dentro de tres años.—Dr. Rafael Comenge.

Despedida del Prof. de Medicina Legal, D. Tomás Maestre.

El domingo pasado, en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina, pronunció su última lección D. Tomás Maestre.

En este día triste, día lleno de negruras, día protervo, en que por imposiciones de la Ley debe retirarse de la enseñanza un antiguo maestro que tantos sacrificios hizo por ella, me siento invadido por una intensa melancolía, el desaliento se apodera de mi razón y hasta los sentidos, primeros informadores del intelecto, se niegan a realizar sus más o menos despiertas funciones.

Una amarga neurastenia (he de confesarlo) se apoderó de este pobre cronista, la dolorosa mañana del domingo pasado, y mientras acudíamos friolentos y tardifríos a escuchar, por última vez, al ilustre Dr. Maestre, un geniecillo coplero recitaba en mis oídos estas pésimas estrofas, a manera de fúnebre canturía:

Si quieres vivir contento
No estés en la Facultad
El día que a un pedagogo
Lo tengan que jubilar.

Llegué al Anfiteatro enloquecido y lánguido, y apenas entré, sacóme de mi amargo sopor una voz potente, juvenil, simpática, levantina, amplia, rotunda, convincente. Era la del

336 PLAZAS

PARA

INSPECTORES MUNICIPALES DE SANIDAD

Convocadas en la *Gaceta* del 27 de Agosto del año actual. Instancias hasta el 26 de Noviembre. Edad: desde los veintiún años. Título: licenciado o doctor en Medicina y Cirugía. Nuevos turnos de preparación en 1.º de Septiembre.

NUEVAS CONTESTACIONES adaptadas al programa: parte **teórica**, 18 pesetas; parte **práctica**, 18 pesetas; redactadas por el **EXCMO. SR. D. JOSÉ A. PALANCA**, inspector provincial de Sanidad; **D. ANTONIO M. VALLEJO**, **D. JUAN RAMIREZ MONTESINOS** y **D. ANTONIO FERNANDEZ MARTIN**.

De la bondad de dichos textos y de nuestro procedimiento de enseñanza, bastará indicar que en las últimas oposiciones obtuvimos

348 PLAZAS VERDAD.

cuyos números, nombres y apellidos figuran en la circular detallada que regalamos, éxito no superado por nadie.

Para las contestaciones, preparación en las clases o por correspondencia, el programa oficial que se regala, circular con detalles, presentación de instancias, etc., diríjanse al antiguo y acreditado

INSTITUTO REUS

Preciados, 23.—Puerta del Sol, 13.—Mayor, 1.—MADRID

No tenemos apartado en Correos. Tenemos internado.

Ayuntamiento de Madrid

MONOGRAFÍAS

BIBLIOTECA DE GRAN INTERÉS PRACTICO

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

Tomos encuadernados a 1,50 ptas.

Véanse detalles en otro lugar de este número.

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

Muestras y Literatura:
J. M. BALASCH.—Avenida Alfonso XIII, 440.
BARCELONA

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 Salinas y C.^a, Sagués, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

Lipiodol

Radiológico

Acelte Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**“ASCENDIENTE” y
“DESCENDIENTE”**

Permite la exploración y el estudio sobre el
vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente
fastidioso, en las cavidades más nobles
del organismo ni en los territorios que
hasta ahora han permanecido cerrados
a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Genera-
les para la Exportación:
LECZINSKI & C^a,
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Dr. Maestre, que con gallardo ademán dirigía *por última vez* su cálida palabra a la juventud. Su gesto proteico, variadísimo, se traducía en el hábil movimiento de la mano de narrador genial; su actividad en el jactancioso paseillo rítmico de punta a punta de la mesa; la fogosidad fecunda de su imaginación en la variedad de los tropos e imágenes elegantes, en la sutileza del concepto, en la precisión del epíteto, en lo exacto de la comparación, y de todas estas cualidades bellas y otras más que no glosó, se reunían en la prestancia y gracia del que tiene una voluntad virgen de toda doblez, y porque sabe llegar al sacrificio, consigue, cuando se lo propone, escalar la difícil y empinada senda de la grandilocuencia.

El sabio catedrático enumera sus investigaciones por las cuales llegó a convencerse de que el glóbulo rojo de la sangre tiene núcleo. Lo afirma, y con su aún firme puño hace retemblar la mesa. Proyecta fotografías, describe métodos.

En medio de un silencio sepulcral de la concurrencia, entre admirativo y respetuoso, la elocuencia arrolladora de don Tomás llena el amplio recinto, con sonoridades varias de ritmo sincopado, unas veces; con dulces pianísimos, otras; para terminar, con crescendos solemnes y sublimes que promueven el vibrante aleteo de los aplausos.

En los huesos enterrados hace cuatro años encontró el Dr. Maestre, ayudado por su auxiliar el sabio Dr. Piga, glóbulos rojos enteros. Proyecta preparación clarísima y termina describiendo y proyectando un original y utilísimo craneocefalómetro.

D. Tomás no se despidió *del todo*, sería la muerte, dice, se ofrece en el Laboratorio de Medicina legal, del que a pesar de la jubilación sigue siendo director, y verdaderamente emocionado da gracias a todos, en medio de una enorme y cariñosa ovación, que duró más de un cuarto de hora.

Aun ahora en la tranquilidad de la Redacción, donde esto escribo, me parece escuchar la voz del geniecillo escéptico y danzarín. Dejo, pues, la pluma para que no me tiente, y hago constar que deseo al ilustre catedrático jubilado muchos años de vida y feliz gestión en el Laboratorio de Medicina legal, para bien de todos y de la pobre España, tan necesitada de verdaderos investigadores. — Dr. R. Comenge.

JAUQUECA E HIPERTENSION

La jaqueca no es, en resumidas cuentas, sino una de las manifestaciones de la sola diátesis admitida aún, el artrismo y, como todas, se observa principalmente en los adultos de vida sedentaria, en los intelectuales y en las mujeres. Casi siempre, después de haber sentido la víspera algunos síntomas precursores, como sensación de laxitud o, por el contrario, un bienestar particular, el paciente nota al despertarse o poco tiempo después un dolor que principia como una ligera tensión en un punto determinado, después se hace más vivo e irradia de este punto máximo a la mitad correspondiente de la cabeza. Esta unilateralidad no es constante sino cuando el dolor se extiende a toda la cara, y siempre hay una diferencia de intensidad entre ambos lados. Al dolor se añaden casi siempre trastornos digestivos, anorexia, hiperclorhidria, dolores gástricos y vómitos.

Los trastornos nerviosos que acompañan la jaqueca son muy numerosos y variados, según los individuos. Los más frecuentes son los visuales (scotoma, hemiopia y ambliopia), acompañados o no de vértigos y desórdenes psicológicos más o menos marcados, que consisten en desarre-

glos de la ideación, irritabilidad del carácter y necesidad imperiosa de reposo y obscuridad. Siempre existen los trastornos vasomotores, pero son variables y antiguamente se distinguían las jaquecas rojas y las blancas.

Las causas de las jaquecas han dado lugar a numerosas discusiones. Trousseau la llamaba gota larvada: según Bouchard, es el resultado de una autointoxicación; Leopold Levy la atribuye a un trastorno del tiróides; Eulemberg y Berger dicen que es una neuralgia de los ramos intercraneales del trigémino y, según Dubois-Raymond, éste síndrome es debido a un angiospasmó determinado por una excitación del simpático hiperexcitable que provoca un brusco desequilibrio del sistema neurovegetativo.

Esta teoría ha sido nuevamente estudiada durante los últimos años por Pasteur-Vallery-Radot, Blamoutier y Sicard, quienes han demostrado que la mayor parte de los accidentes observados pueden explicarse fácilmente por los fenómenos de vasoconstricción y de hipertensión, particularmente los trastornos visuales transitorios, las afasias, las monoparesias, los espasmos de las arterias retinianas, las asfixias locales de los dedos y la sensación de frío que se observa casi siempre durante los accesos de jaqueca. Por el contrario, el final está marcado por una vasodilatación periférica, casi siempre muy neta y que acompaña a la desaparición del dolor.

Estos autores han comprobado igualmente que una vasodilatación provocada al principio del acceso o durante su periodo de estado, determina una disminución de los dolores, y en ciertos casos, puede hacerlos desaparecer.

Por lo tanto, contra la jaqueca se han prescrito los vasodilatadores activos, y Blamoutier ha obtenido resultados administrando las inhalaciones de nitrato de amilo; pero esta medicación tiene sus inconvenientes, por lo que vale más recetar medicamentos como el muérdago o gui, que determina un descenso progresivo de la tensión. El muérdago es particularmente recomendable, porque es el único hipotensor que obre a la vez sobre los vasodilatadores por acción periférica y central. Chevalier y Busquet han demostrado esta acción central, confirmando la tradición antigua que hacía emplear las maceraciones de muérdago en la epilepsia, para disminuir la hiperexcitabilidad de los centros nerviosos.

El empleo de seis a ocho píldoras de Guipsine, desde los primeros síntomas del acceso de jaqueca, hará que aborte por completo, o por lo menos, disminuirá su intensidad y duración. Los predispuestos a las jaquecas hallarán un gran beneficio con la cura de Guipsine, durante quince días cada mes, la cual determinará un descenso duradero de la tensión sanguínea, una paralela mejoría de las secreciones urinaria y hepática, y verán cómo los accesos se hacen menos frecuentes y desaparecen.

Estos resultados son particularmente marcados en las mujeres durante la menopausia, y cuando ésta se halla en periodo de constitución.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 708,7; ídem mínima, 700; temperatura máxima, 14°,6, ídem mínima, 5°,8; vientos dominantes, W. WNW.

Como favorable puede calificarse el estado de la salud pública en Madrid y dada la estación en que nos encontramos: ni en el número y carácter de los afectos comu-

nes, ni en el de las exacerbaciones de las dolencias crónicas, ni en las cifras en tal época, siquiera sea en pequeña proporción aumentada de la mortalidad, se observan datos fidedignos que justifiquen recelos ni alarmas. Respecto a la llamada epidemia de parálisis infantil, nos complacemos en ver comprobado nuestro pronóstico de su efectivo descenso y de la falta de serenidad con que hasta ahora han aparecido interpretados los datos que de los centros estadísticos fidedignos hemos podido comprobar.

CRONICAS

Muerte del profesor Leceme.—Ha fallecido el Dr. Leceme, catedrático de la Facultad de Medicina de París.

La muerte ocurrió a consecuencia de una infección contraída al operar a una enferma.

Curso sobre Fisiopatología genital.—El ilustre ginecólogo español Dr. Maourtua, dará durante los meses de Noviembre y Diciembre un curso sobre la Fisiopatología genital, en el Sanatorio de Villa-Luz, en 16 lecciones; en todas ellas tratará temas de enorme interés, y algunas lecciones serán explicadas por el ilustre catedrático de Medicina interna de la Facultad de Medicina, Dr. Jiménez Díaz y los eminentes Dres. José M.^a Otaola y González Duarte.

La Casa de Salud Valdecilla.—Con toda solemnidad y asistencia del Sr. Martínez Anido, ministro de la Gobernación, se ha celebrado la inauguración de esta admirable institución dotada del material y adelantos más modernos.

El ejemplo del marqués de Valdecilla y otros españoles altruistas va, afortunadamente, cundiendo.

En el acto inaugural a que nos referimos, el Sr. Garnica donó en nombre del Banco Español de Crédito, 100.000 pesetas, para que con su renta se aumente el número de asistencias.

Asamblea Iberoamericana de veterinarios.—Conclusiones aprobadas:

«Que la Asamblea considera favorable la iniciación de negociaciones para el establecimiento de Convenios relativos a la validez de títulos académicos; que sea objeto de un estudio especial por parte de la Sociedad de Naciones la creación de una Oficina internacional de carnes formada por expertos de los distintos países interesados en esta rama comercial; que la inspección de carnes quede regida en todos los países por principios generales, para lo cual el comercio de carnes tendrá una reglamentación general; todas las carnes circularán con un certificado de origen suscrito por un veterinario, y que la comprobación de sanidad de carnes esté encomendada a los Gobiernos.»

Reproducimos la anterior nota por su transcendencia profesional y sanitaria.

Las obervaciones de Sanidad exterior.—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dispuesto que se constituya en esta corte una Comisión, integrada por D. Mariano Bellogin García, D. Clemente García Luquero y D. José Estellés Salarich, directores de Sanidad de los puertos de Valencia, Santander y Burriana, respectivamente, con objeto de llevar a cabo, en el más breve plazo posible, un estudio de la reglamentación de los emolumentos que con el nombre de obervaciones y gratificaciones por servicios extraordinarios viene percibiendo el personal de Sanidad exterior, condensando sus conclusiones en un proyecto, que se elevará a este Ministerio para la resolución que se considere más oportuna.

Bodas con la profesión.—En el manicomio de Ciempozuelos se han celebrado las bodas de plata del Dr. García de la Piñera, jefe de sección y subdirector de dicho Centro benéfico.

Y en Alicante, para celebrar sus bodas de oro con la profesión médica, el decano de la Beneficencia municipal, Dr. Pérez Martínez, ha ofrecido un banquete a sus compañeros.

Los médicos municipales han pedido al alcalde que cuando el Dr. Pérez Martínez se jubile sea nombrado decano honorario vitalicio del Cuerpo de la Beneficencia municipal.

Noticias.—El alcalde de Plencia ha visitado al gobernador de Vizcaya para darle cuenta de que D. Aurelio Lopategui ha donado 47.000 pesetas para las atenciones benéficas del hospital de Barrica.

—Con asistencia del embajador de Cuba Sr. García Kohly, se celebró el día 28 del pasado el acto solemne de colocar la primera piedra, en Naranco, del pabellón de Cuba del sanatorio que está construyendo allí el Centro Asturiano de La Habana.

—En la Real Academia de Medicina de Zaragoza se ha celebrado la recepción del Dr. Horno, presidente de la Federación de Prensa Médica, que disertó sobre el problema del cáncer.

—El Dr. Marín Amat ha reanudado su consulta pública gratuita de Oftalmología en el Instituto Nacional del Príncipe de Asturias (para investigación y tratamiento del cáncer), los martes, jueves y sábados, de diez a once de la mañana.

—En el próximo número publicaremos una interesante crónica que nuestro colaborador el Dr. García Domínguez nos remitirá acerca del viaje médico colectivo hecho a Barcelona, organizado por el Colegio de Médicos de dicha ciudad.

La Medalla del Trabajo al Dr. Laforga.—El próximo domingo, día 3 del actual, a las doce de la mañana, se celebrará el acto de imposición de la Medalla del Trabajo al médico jubilado de la Beneficencia Municipal de Madrid, médico honorario de la de Valladolid, Dr. D. Toribio Laforga.

Dicho acto es público y tendrá lugar en el local del Colegio Médico, Esparteros, 9, Madrid.

En el próximo número daremos detalles de tan merecido homenaje, y adelantamos al Sr. Laforga nuestra felicitación.

Cursos y Congresos más importantes durante los meses de Noviembre y Diciembre.—Noviembre y Diciembre: Curso práctico de Radioterapia y Radiodiagnóstico, en Berlín.

Noviembre a Diciembre: Curso internacional sobre secreciones internas y constitución, en Viena.

3 Noviembre: Día de reunión de psiquiatras y neurólogos, en Jena.

4 al 16 Noviembre: Curso de Medicina interna, en Dresden.

26 Noviembre a 8 Diciembre: Curso de Pediatría, en Viena.

Cuerpo de Sanidad exterior.—Se ha dispuesto que se constituya en esta Corte una Comisión integrada por los directores de Sanidad de los puertos de Valencia, Santander y Burriana, con objeto de llevar a cabo en el más breve plazo posible un estudio de la reglamentación de los emolumentos que con el nombre de obervaciones y gratificaciones por servicios extraordinarios viene percibiendo el personal de Sanidad exterior, condensando sus conclusiones en un proyecto que se elevará al Ministerio para la resolución que se considere más oportuna.

Gardan.—Al número presente acompañamos un prospecto y tarjeta sobre el indicado producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, S. A. Apartado, 280 Barcelona.

Bronconeumoserum Ibys-Thirf.—Véase el adjunto prospecto que acompañamos al número presente.

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 Estafío coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84.—Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, núm. 1.—Madrid. Tel. 70488.