

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

Apartado de Correos, núm. 121.

La científica y profesional al Director.....

JARABE BARÉ

al Sulfocresolato de cal
Sin narcótico - Sin intolerancia

TODAS LAS VENTAJAS DE LA CREOSOTA
SIN SUS INCONVENIENTES

SEDATIVO de la TOS

POR ANTISEPSIA PULMONAR

4 á 6 cucharadas soperas por día

LABORATORIOS CLIN, 20, rue des Fossés-St-Jacques, PARIS - 2 y 4, Sagués, BARCELONA



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 á 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUEZ, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

Atophanyl

Schering



para la aplicación
parenteral del Atophan
Indicado especialmente
en los casos rebeldes de
artropatías agudas y cró-
nicas, reumatismo mus-
cular, ciática, neurálgias
etc.



Para inyecciones intravenosas: cajas con 5 ampollas de 10 c. c.
Para inyecciones intramusculares: cajas con 5 ampollas de 5 c. c.

Muestras y literatura están a la disposición de los Sres. Médicos.

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.

FRANQUEO
CONCENTRADO

MEDICACIÓN ANTIHEMOLÍTICA

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

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

SON CINCO LAS FORMULAS PREPARADAS

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

Antitóxico.

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

Antitóxico gomenolado.

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

Antitóxico gomenolado estrícnico.

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

Antitóxico estrícnico.

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

Antitóxico creosotado yodofórmico.

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

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

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

ra para que apoye los pies cómodamente en el suelo y se separan sus rodillas, mientras se le invita a que se oponga a este movimiento, se observa que en los primeros 10 centímetros de separación no opone resistencia alguna, en tanto que, pasando esta distancia, la resistencia que opone es completamente normal. Aunque la marcha de estos enfermos es espasmódica, no suele haber verdadera contracción de los músculos. Los reflejos rotulianos están exaltados, existe clonus del pie. El reflejo de los dedos se hace en extensión. No hay trastornos objetivos de la sensibilidad; los trastornos subjetivos consisten en hormigueos, embotamiento, etc. Casi constantes son los trastornos vesicales, que consisten unas veces en incontinencia, otras en retención, y otras en ambos fenómenos que pueden coexistir o presentarse alternativamente.

Lo más frecuente es que el enfermo tenga tenesmo urinario. El deseo de orinar es tan imperioso, que es corriente que el enfermo lo haga en su pantalón, no solamente algunas gotas, sino toda la micción. Esta incontinencia espasmódica es siempre consciente. La defecación suele ser normal en un número mayor de casos que aquel en que lo es la micción. Cuando se encuentra alterada consiste la alteración en el estreñimiento y alguna que otra vez en deseos de defecar. En cuanto a las funciones genitales, también es lo corriente que se encuentren alteradas, y la alteración consiste en disminución de la potencia genital, sin llegar casi nunca a la impotencia absoluta. Muchas veces se encuentra abolido el reflejo cremastérico. No existen alteraciones tróficas; no se encuentran escaras ni atrofia muscular. Las alteraciones quedan reducidas a los miembros inferiores y a la vejiga y al recto. Aunque de cuando en cuando se observa alguna exaltación de los reflejos radiales.

Los músculos de los ojos están normales; no es síntoma perteneciente a este conjunto la parálisis pupilar, pero como en la sífilis del sistema nervioso central se suele presentar desde muy pronto el síntoma de Argill Robertson, puede coincidir con la enfermedad que nos ocupa, sin formar, verdaderamente, parte de ella. Las funciones psíquicas están

tarde los núcleos bulbares. La muerte se produce en la mayoría de los casos por asfixia, algunas veces con remisiones muy transitorias. La parálisis ascendente aguda o enfermedad de Landry, no parece ser siempre de origen miélico, y si algunos autores han hallado lesiones miélicas evidentes, otros, y entre ellos Landry, no observaron más que lesiones neuríticas. Por eso el síndrome de Landry se considera unas veces como producido por una mielitis ascendente y otras por una polineuritis infecciosa. Seguramente que los casos excepcionales de parálisis ascendente aguda terminada por curación que se han publicado se deben a aquellos casos en que el síndrome dependía de una polineuritis.

La poliomiélitis anterior aguda o parálisis espinal, es en el adulto tan rara como es frecuente en el niño. Al tratar de la parálisis espinal infantil hicimos ya alusión a los casos en que se presenta en el adulto.

Todas las mielitis tienen como causa una infección o una intoxicación. Hay algunos casos que se llaman espontáneos y en los cuales no se encuentra aparentemente a la mielitis causa alguna que la explique. En los demás casos, la historia del enfermo demuestra la existencia de una infección general o de una infección localizada, o también de una intoxicación que explica el origen del proceso del enfermo. Por eso la mielitis aguda se presenta como parte integrante del cuadro de la rabia, algunas veces del de la influenza, la tifoidea, la viruela, la neumonía, el sarampión, la tos ferina, etc. También se han observado casos a consecuencia de panadizos, de amigdalitis, y, con menor frecuencia, en los de intoxicaciones arsenicales, saturninas, etc. Entre las infecciones que más a menudo presentan la mielitis como complicación hay dos que merecen atención especial, y son la sífilis y la bienorragia. La sífilis, no obstante ser una enfermedad esencialmente crónica, puede determinar mielitis agudas que no se diferencian en nada de las que se presentan en el curso de otras infecciones que son siempre agudas. Su comienzo brusco y hasta apoplético indica que seguramente se debe a una trombosis vascular. Por eso se produce la mielitis en un período precoz de la sífilis, gene-



ralmente en el secundario y desde el primero o el segundo año de la infección.

Pueden presentar las mielitis de origen sífilítico todas las formas, lo mismo la de la mielitis transversa que la de la parálisis ascendente aguda. No es raro que el síndrome miélico se presente a consecuencia de una infección asociada a la sífilis. Algunas veces, en casos de mielitis aguda, la linfocitosis, casi pura, del líquido cefalorraquídeo, será el único síntoma que permita distinguir la que es de origen sífilítico de la que es de otro origen.

Se han encontrado numerosos casos de mielitis aguda en enfermos de hemorragia. Claro que esto sólo no tiene gran significación, tratándose de una infección que es tan frecuente, pero es que en algunos casos se encuentra el gonorrea en la médula misma, y entonces no cabe duda que la mielitis se debe a la acción directa de dicho germen, y otras veces se debe a otras infecciones mixtas con la gonococia que tienen su puerta de entrada por las vías urinarias. En el caso de la mielitis, debida a la acción directa del gonococo, el pronóstico es bastante benigno, acaso a consecuencia de la escasa vitalidad del germen. Cuando se trata de mielitis sobreenvenidas a consecuencia de una infección asociada a la hemorragia, se debe en muchos casos a los gérmenes corrientes de la supuración que casi constantemente se encuentran en tales casos en los focos de mielitis.

Las meningomielitis infecciosas, debidas a estos gérmenes, son las causantes de gran cantidad de paraplejas de las llamadas urinarias, que se presentan tanto en el hombre como en la mujer, como complicación de las enfermedades de los órganos urinarios. Es cierto que la mayoría de estas paraplejas se deben a causas muy diferentes que la infección urinaria, por ejemplo, a neuritis del plexo lumbar o del sacro por inflamación de un órgano inmediato o por compresión. Hay otras que suelen ser incompletas y transitorias, que comienzan de un modo muy brusco y acaban muy pronto, sin incontinencia rectal, sin trastornos tróficos y sin alteración importante de los reflejos. Estas son paraplejas reflejas de Brown Séquard, y se las debe considerar

que otros autores no han podido hacer igual observación.

La sífilis medular o la paramedular, cuando determinan una paraplejía crónica, pueden hacer que este síndrome afecte todos los caracteres de las formas de compresión, cualquiera que sea la causa comprimente. Se observan también muchas veces en ella síndromes de Brown-Séquard. Es curioso que en el síndrome de Brown-Séquard de origen sífilítico, la hemicanestesia cruzada suele quedar sustituida por una hemicanestesia cruzada. La paraplejía por compresión no es la forma corriente de las que tienen origen sífilítico. Ya dijimos que las paraplejas sífilíticas más corrientes son la paraplejía espinal de Erb y la mielitis transversa sífilítica. Estas formas son casi exclusivas de la edad adulta, sin embargo, no está demás hacer hincapié en la influencia de la sífilis hereditaria sobre las lesiones medulares y en que Marfan ha descrito un caso de paraplejía congénita por hereditarios, de forma espástica, que solamente se diferenciaba de parálisis espinal espástica de Erb por la falta de trastornos de los esfínteres y de los trastornos sensitivos. Vamos a describir, pues, los síntomas de la parálisis espinal sífilítica de Erb. Comienza por parestesias y sensación de cansancio progresivo, debilidad y rigidez de las piernas y trastornos vesicales. Estos últimos pueden a veces ser, cronológicamente, los primeros.

Al cabo de un tiempo bastante largo, generalmente de varios años, llegan los enfermos, por aumento de los trastornos de la marcha, a una parésia espasmódica muy marcada, pero no llegan a la parálisis completa, porque es un síntoma notable de estos enfermos que cuando se los ve andar, se cree que la parálisis es mucho más acentuada que lo que resulta ser en realidad cuando se explora detenidamente la fuerza de cada uno de los músculos de los miembros inferiores. Lo que existe principalmente en tales enfermos es la parésia de la flexión, tanto en los miembros inferiores como en el tronco y en el cuello. Existe también una parésia relativa de la aproximación de los músculos, que se debe, sin duda, a la parésia del pectíneo.

Si se hace sentar al enfermo en un asiento de poca altura

Hémostyl

Del Dr.

Anemias

ROUSSEL

Hemorragias

SUERO HEMOPOIETICO FRESCO DE CABALLO

Frascos-ampollas
de 10^{cc} de Suero puro

A) *Seroterapia específico de*
las **ANEMIAS** (Carnot)

B) *Todos otros empleos*
del Suero de Caballo:
HEMORRAGIAS (R. Weill)
CURACIONES (R. Petit)

Jarabe y Comprimidos
de sangre hemopoietica
total

ANEMIAS
CONVALESCIENCIAS
TUBERCULOSA, etc

Muestras, Literatura

97, rue de Vaugirard, PARIS

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

Insustituible en la terapéutica de las enfermedades infecciosas. Estimulante general de las defensas orgánicas á base de colestina, gomenol, alcanfor y estircina.

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

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



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquíalgia meningítica y postanestésica, dolor postpartum y post-abortum.

ACONSEJAD

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 anelgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



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

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —

8-II-1930

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.

EN LA GATA PARDA

Dos o tres días después de mi primer encuentro con Juan Perales, vino a buscarme a la «Gata Parda», y con su habitual locuacidad, cordial y efusiva, me habló de sus impresiones en Madrid de las que recuerdo y transcribo algunas que me parecen curiosas:

Una de las cosas, decía, que más han

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.

llamado mi atención al estudiar de cerca cómo se ejecuta (fijate en la diferencia, *no digo se practica*) la Medicina en Madrid y en la actualidad. Parece que domina el sentido de la especialización, y, sin embargo, muchos médicos, no solamente no son en la efectividad especialistas en una rama, sino que se desviven y tienden, a veces con éxito, a demostrar sus capacidades en terrenos ajenos a nuestra ciencia; ofreciéndose, no ya como médicos generales, sino como *enciclopedistas*; cosa que fuera de España no es frecuente, pero que entre nosotros sí lo es, no solamente por la muestra de alientos de que hacen gala algunos estimables compañeros que encuentran

«marco estrecho a su figura»

como decía un espiritual periodiquito, por los años 80 al 82 del pasado siglo, refiriéndose a Letamendi y a Barcelona. Hallando, te decía, estrecho el terreno de su cultivo, el que es en la realidad inmenso, de la Medicina como ciencia trascendental, y animados por el espectáculo de la evidente decadencia en la cultura que nos ofrecen juristas, literatos y catedráticos de todo linaje, se lanzan a un enciclopedismo de que dan evidente muestra las facturas de los libreros, la frecuencia de los viajes instructivos, históricos y diplomáticos y las repetidas exhibiciones en que hacen gala de sus conocimientos extramédicos

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

en Academias, Ateneos, Asociaciones pedagógicas, etc., etc.

¿Cuántos contemporáneos, no médicos, conocen que pertenezcan a más de una Academia oficial? Te sobrarán dedos si los cuentas con los de tus manos, y, en cambio, en sólo dos colegas (Ji-

meno y Cajal) hallas siete representaciones académicas y dos o tres en cada uno de otros cinco compañeros. Muchas veces me ha enorgullecido, como médico, el pensar en mi rinconcico aldeano, y todos nos envanecemos seguramente del auge de significación que algunos médicos han conseguido para nuestra clase.

—Sí, sí..., pues que te cuente uno de esos—*médicos cumbres*—cómo fué recibido su nombre hace pocas noches al proponerle para una distinción de dudosa importancia en una Sociedad de menos que dudosa significación. Si llega a estar presente lo matan, a creer lo que expresaban los gritos y dictérios con que recibieron la proposición los de la *plevécula* de mercado. Parecía que a cada uno le había quitado algo el propuesto lustre, cuando a todos los había dado prestigio, lustre y decoro y les daría probables provechos colectivos.

¿De qué nido se habría caído el proponente para olvidar lo de *peísima* aplicado a la *caridad* de los médicos? Cuando un individuo se considera defraudado e incapaz, aprovecha las manifestaciones de colectividad para ser cruel,

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

buscando una impunidad cobarde para sus odios y envidia contenidos. No hay nadie cobarde en el tendido de la plaza de toros, y pocos hay valientes en el redondel.

De publicaciones no hablemos: el comercio de libros que los señores editores imposibilitan con su conducta de despreciables variedades de la usura y el préstamo, es buena muestra de esto. Sólo de Medicina se publican e importan en España tres veces más libros que de las otras disciplinas del saber juntas si se exceptúa de la cuenta la avalancha de folletos políticos en que al mal disimulado deseo de medro se le echa sobre los hombros la garnacha de la ciencia política, jurídica o económica.

—Bueno, veo que no vienes mal informado de Majadablanca, pero ¿qué ibas a decir de las especialidades?

—Pues iba a decir que de las tres variedades de Medicina en que puede clasificarse nuestra ciencia, o sea en científica, profesional e industrial, las especialidades van siendo cada vez una manifestación más aguda de la última, cuando debieran serlo de la primera... digan lo que quieran los termómetros. A los que hemos vivido mucho tiempo

separados de Madrid y de los grandes Centros y atados a la monótona noria del ejercicio rural, agotando nuestros esfuerzos en la espera de que los cambios nos traigan agua del subsuelo (o de la subciencia, que da lo mismo); los que nos hemos arrancado en la infancia de la vida médica de la lucha que significa su adolescencia, su edad madura y aun su vejez, conservamos la memoria de la infancia con una efectividad re-

YODALGON ARRHENALADO

COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

presentativa que se pierde en los otros períodos del desarrollo evolutivo de nuestra personalidad.

—Metafísico estás...

—Es que me aburro. Te contestaré plagiando con poca variación a Rociante; pues el aburrirse, forma es del no comer, aunque sea despertador aparente del apetito. Aquello que en el aburrimiento no come es el cerebro, que cae con facilidad en *anorexias* despectivas ante lo repugnante de los alimentos que se le ofrecen. Pero voy al caso, con el recuerdo remoto que me ha empujado a la divagación.

Tú no habrás olvidado a aquel nuestro condiscípulo simpático, pero farfante expositor de índices de libros, que criticaba sin haberse tomado el trabajo de leerlos, y abusón en nuestras Sociedades de alumnos de una facilidad de palabra con que para su satisfacción y tormento de los demás le había dotado la naturaleza.

—Sí, Arturo Fonseca, a quien nosotros llamábamos «paradoja», por la que representaba la afirmación de su apellido anunciando una fuente seca cuando jamás se secaba el caudal de su palabrería.

—Justo, este era el sujeto de mi recuerdo. A muy pocos días de recibir en San Carlos el *imitado* pergamino, que ya tal imitación debía augurarnos lo dudoso de su provecho, hallé, en la Puerta

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

del Sol, desembocando por la calle del Arenal, muy peripuesto con un terno muy claro, de hechura y serne y pretensiones caracuel, a nuestro buen Fonseca. —¿De dónde vienes tan peripuesto?, le dije, con la indiscreción a que autoriza la camaradería. —De hacerme tarjetas; voy a enseñártelas; verás qué ele-

gantes, y sacó de su bolsillo una cajita de cartón y de ella una cartulina muy pulcra, en la que se leía: «Dr. Fonseca, especialista en Oftalmología».

—Chico—le dije—¿pero vas a hacer te oftalmólogo?

—Sí; ya ves, Delgado Jugo acaba de morir; Cervera está muy viejo y se ocupa demasiado de política; Ossio y Santa Cruz, Alarcón y Albitos apenas comienzan, y luego ésta es una especialidad sencilla; en aprendiendo a manejar las disoluciones de sulfato de cinc, nitrato de plata, sulfato neutro de atropina, y aprendiendo a operar cataratas, ya lo tiene uno todo hecho, porque desde el Ecuador del ojo para atrás, todos, maestros y discípulos, nos podemos llamar de tu.

—Pero hombre, ¡qué cosas dices!; no puedo rebatírtelas porque en materia de

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

oftalmología ni Perico puedo llamarme, aunque sea Perico el ciego; pero en cuanto al aspecto industrial del caso no creo que has escogido bien, pues primero que te iguales o superes a los que has nombrado y a los que vienen, vas a tener mucho que sudar. Debieras haber escogido, si en ser especialista te empeñas, alguna rama menos explotada de nuestra profesión: la pediatría, que apenas empieza; la psiquiatría, en que no contamos más que con las ampulosidades resonantes de Mata y del estudioso romanticismo de Ezquerdo y algunos maestros catalanes que nuestra pequeñez de espíritu y su vanidad de campañero impide que sean aquí estimados como merecen.

—Tienes razón—dijo Fonseca—vamos a volver a casa del litógrafo, me voy a hacer psiquiatra y con efecto; y con efecto se hizo otras tarjetas y con ello creyó autoconsagrarse en la más excelsa y difícil de las especialidades médicas. Nos despedimos, y al separarnos volvió a llamarme y me dijo:

—¿Qué obras crees que debo consultar para especializarme.

—Pues mira, chico, me pones en un

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

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

compromiso, porque no lo sé; el psiquiatra debe saber tanto y de tantas cosas que dudo que para dentro de sesenta años, es decir, allá para 1930, acabes de leer la lista bibliográfica que hoy nos proporciona la historia en 1870 y que irá enriqueciendo el estudio, la verdadera ciencia, la pedantería y la frescura, convenientemente aderezadas por la codicia de los editores y la impaciencia de los autores.

—Bueno, pero por de pronto...

—Por de pronto vete enterando de las Anomalías de Crisipo, de los Caracteres de Teofrasto, de los de Labruyere y de El examen de ingenios de Huarte de San Juan. Esto te servirá de *hors d'œuvre* para sentarte a la mesa de la psiquiatría, y luego, después de muchas lecturas de

fisiología de histología, psicología de clínica y de buen instinto en el *savoir vivre* y la ética profesional, Dios y tu buena fortuna podrán ayudarte.

No fué así, y ya sabrás que el pobre Fonseca murió en Leganés en condición de caso a poco de hacerse las tarjetas de psiquiatra.

DE C.

Poderoso reconstituyente: BIOPLASTINA SERONO

¿Una taza de té?

En el origen de todas las cosas está la leyenda. Y existe, ¿cómo no?, una leyenda del té.

Según ella, habitaba en una lejana región de la India un «yoghi» o eremita cuya santidad le había hecho célebre en todo el país. Cargado ya de años, hubiera querido pasar día y noche en oración; mas la fatiga vencía a veces el esfuerzo de su voluntad y el sueño le cerraba los ojos durante sus devociones. Cierta día, enojado en extremo contra su propia debilidad, decidió castigarse en forma que jamás pudiera volver a caer en ella. Para estar bien seguro de no sucumbir al sueño tentador, cogió unas tijeras, se cortó ambos párpados y los arrojó con desdén lejos de sí.

A la mañana siguiente, en el lugar

CARABAÑA: el mejor purgante.

donde los párpados habían caído, vió dos delicados arbustos, mientras desde la altura una voz le decía que si quería conservar siempre su espíritu alerta y vigilante no tenía más que hacer hervir las hojas de aquellos arbustos en su bebida cotidiana... Los párpados del eremita enemigo del sueño se habían transformado en arbustos del té.

Pero los chinos no quieren oír hablar de esta leyenda, que consideran absurda, pues reclaman para su país la gloria de haber sido el primero en cultivar el té e inventar su infusión.

El descubrimiento de las propiedades del té se debe, según ellos, a uno de sus sabios, agricultor y médico, llamado Chin-Nung, que vivió hacia el año 2700, antes de Jesucristo. Este personaje alimentaba un día el fuego con ramas de un arbusto de su jardín, cuando algunas hojillas se separaron y volando fueron a parar a una cacerola de agua hirviendo que debía servir para preparar la comida. Del agua surgió entonces un perfume tan delicado, que Chin-Nung

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

quiso probarla. El brebaje le pareció grato al paladar, excitante para el espíritu, favorable a la digestión; tan bueno, en fin, que lo aconsejó a toda su clientela, y pronto el uso del té se extendió por todo el país.

Esta es la historia antigua del té; en cuanto a la historia moderna, es probable que a Europa lo trajeran los portu-

gueses y los holandeses, grandes navegantes y dueños del comercio con el Extremo Oriente hasta el siglo XVIII.

La primera mención hecha acerca del té por un inglés se encuentra en una declaración de Pepys, concienzudo cronista británico del XVII, quien escribe: «El día 28 de Septiembre de 1660 he bebido mi primera taza de té». Mas parece que en esa época hacía ya cuatro años que se conocía el té en París. Según datos de Jean Le Coq, fué en 1556 cuando el cardenal Mazarino, doliente de gota, quiso probar una tisana que un comerciante de Amsterdam había introducido algún tiempo antes en París, y que obraba maravillas contra la jaqueca y toda suerte de afecciones nerviosas y reumáticas. Esta «tisana» no era otra, naturalmente, que el té de

ANTIPHLOGISTINE

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

la China, y bastó que Mazarino le dispensase su favor para que las damas de la época no quisieran otra bebida que el milagroso brebaje aquel. Los médicos de París lo recetaban con preferencia. Pero sólo los enfermos ricos lo podían tomar, por ser raro y venderse a alto precio.

Luis XIV, gran comilón, padecía con frecuencia trastornos gástricos. El curioso *Diario de la salud del Rey*, de 1665, cita las veces que los médicos, en busca de remedios nuevos, le recetaron infusiones de té para mejorar su digestión. Durante este tiempo, el té prosperaba en Inglaterra. La Reina Catalina de Braganza, esposa de Carlos II, habiendo encontrado todo género de virtudes a la nueva bebida, el té, no tardó en ponerlo de moda entre las personas de la corte. Pronto se extendió la costumbre entre la aristocracia inglesa de tomar té tres o cuatro veces al día y beber cada vez de diez a doce tazas. Del obispo de Londres se dice que llegaba a las veinticinco.

Un ceremonial bastante complicado presidía a estas «orgias de agua caliente». Los bebedores de té estaban senta-

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

dos en torno a una mesa redonda, y cada uno, después de haber vaciado su taza, la pasaba a la señora de la casa. La cucharilla en el plato, al devolver la taza, indicaba que el bebedor había terminado; por el contrario, colocada en la taza, significaba que seguía la partida.

El té fué por largo tiempo bebida de príncipes y de ricos. Su precio elevado —unos doscientos francos la libra—le hacía inasequible a las clases media e inferior. Sin embargo, los cronistas de la época dan cuenta de que existía en Londres un establecimiento público, el Sultanness Head, donde se consumía una «bebida china excelente, especialmente recomendada por los médicos, y que en

SIGUE A LA PAGINA XXIV

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.



Laboratorio Llopis. — Paseo de Rosales, 8 y 12, Madrid.

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

Haptinógeno NEUMO Méndez,

para el tratamiento específico de la

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

Haptinógeno GONO. — Haptinógeno ESTAFILO
> ECZEMA. — > DIFTERIA

LITERATURA CIENTIFICA:

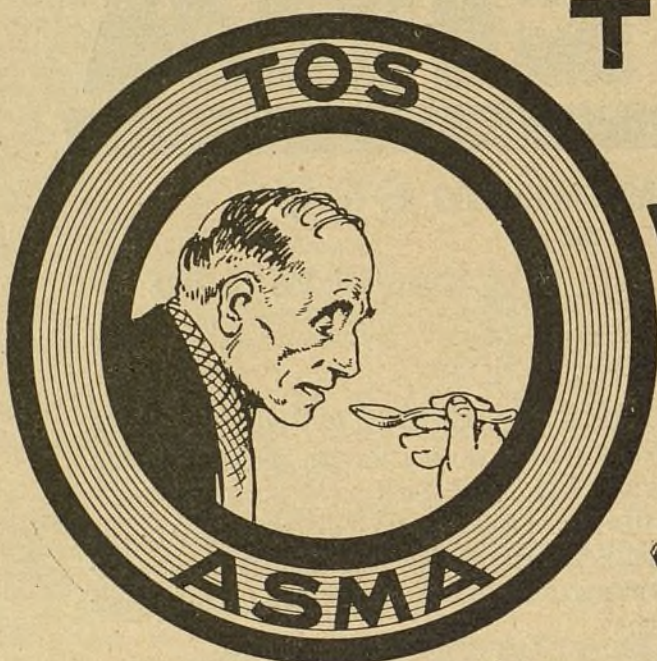
Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España

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

Importante:

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

Ayuntamiento de Madrid



THUS- -SERUM

FÓRMULA	Tiocol	0'25
	Gomenol	0'05
	Lactofosf. cálcico	0'25
	Extr. Malta	o 5

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Clarís, 71 - BARCELONA



Jarabe "DEYEN" de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DERMATOSIS MAS FRECUENTES

POR
D. JAVIER M. TOMÉ Y BONA

SUMARIO

Propósito. — Capítulo primero: Generalidades. — Capítulo II: Terapéutica general dermatológica. — Capítulo III: Prurito simple. — Urticaria. — Capítulo IV: Sarna. — Pírtiasis. — Capítulo V: Micosis. — Sicosis tricoftica de la barba. — Epidermomicosis. — Dermatomicosis. — Capítulo VI: Piodermitis. — Folliculitis. — Carbunco. — Capítulo VII: Eczema. — Intértrigo. — Capítulo VIII: Herpes simple. — Pénfigo. — Capítulo IX: Psoriasis. — Capítulo X: Dermatitis artificiales. — Capítulo XI: Lepra. — Capítulo XII: Tuberculosis cutánea. — Capítulo XIII: Tuberculoides. — Capítulo XIV: S. borrea. — Alopecias. — Capítulo XV: Neoplasias I. — Capítulo XVI: Neoplasias II. — Formulario.

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO MONOGRAFÍAS III

Precio de la obra encuadrada, 1,50 ptas.
para los suscriptores de «El Siglo Médico».

Acaban de ponerse a la venta

DOS NUEVOS TOMOS:

- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.

PRECIO

1,50

Pida detalles a la Administración

Cada tomo de la Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO—MONOGRAFÍAS, se compone de **128 páginas**, de 16 por 12, impresas en tipo claro y elegante sobre papel de especial fabricación, con las figuras precisas y con encuadernación cartóné fuerte y de sobrio gusto.



Efedralina

Efetonina 0,03
Paranefrina 0,0003

Produce efectos más duraderos y es mejor tolerado que la Adrenalina.

En el acceso de asma
En el colapso

por vía subcutánea.

En los demás casos:
Efetonina al interior.

MUESTRAS Y LITERATURA:
Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.
APARTADO 724 BARCELONA

E. MERCK DARMSTADT



De venta en todas las farmacias.

Unica Medicación de las ENFERMEDADES del HIGADO



reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPATICA Y BILIAR
con los COLAGOGOS más activos.

2 a 12 PILDORAS al día ó 1 a 6 cucharaditas de postre de 10 Gr. de SOLUCIÓN

ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.



EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITORIOS Y ENEMA

1 supositorio cada día ó 1 a 3 cucharaditas de las de café de Rectopanbiline en solución en 160 gramos de agua hervida caliente. Mitad en los niños

Muestra y Literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardecho) FRANCE. - Representantes en ESPAÑA: Giménez Salinas y C.ª, Sagüés, 2 y 4.-BARCELONA (S. G.)

PAIDOTROFO

Tónico de los niños.

DOSIS Y MODO DE USARLO

Una cucharadita de las de café tres veces al día: una por la mañana, otra al mediodía y por la noche. Puede administrarse solo o con un poco de agua azucarada.

FÓRMULA: { Glicerofosfato de cal. 1 cent. Glicerina..... 1 grm.
Hipofosfito de cal... 4 > Muiira puama (ext. flúid) 2 centg.
(Contiene por cucharadita de café). Acido arsenioso..... 1 milg. Vino generoso..... 4 grms.



EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Servicio de Patología médica del Dr. Marañón: El factor pancreático en las obesidades exógenas y endógenas, por el Dr. E. Bonilla.—La anafilaxia, por el Sr. Dr. D. Manuel Martín Salazar.—Sobre los casos de enfermedad de los loros ocurridos en Berlín y el estado actual de la investigación sobre la psittakosis, por el Dr. G. Elkeles.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Servicio de Patología médica del Dr. Marañón
Hospital general de Madrid.

EL FACTOR PANCREATICO EN LAS OBESIDADES EXÓGENAS Y ENDÓGENAS

POR EL

DR. E. BONILLA

Los diferentes tipos de obesidad pueden clasificarse en dos grandes grupos: obesidad exógena, que reconoce por causa un exceso de alimentación no compensado por un ejercicio muscular suficiente, y obesidad endógena, debida a un metabolismo defectuoso por trastornos de determinadas glándulas de secreción interna. En estos últimos tiempos, Marcel Labbé (1) ha criticado mucho el concepto de la patogenia endógena de la obesidad, creyendo que todos los casos dependen únicamente de la hiperalimentación o de la falta de ejercicio. Según este autor, las lesiones endocrinas por sí mismas no pueden dar lugar a aumentos de peso, y si los enfermos hipotiroideos e hipogenitales engordan es solamente porque la apatía psíquica y física que caracteriza a esos estados les inclina a la vida sedentaria.

Sin que pueda negarse que los argumentos de Marcel Labbé contienen algo de verdad, la observación clínica demuestra que, cuando el sistema incretor funciona con completa normalidad, no aparece la obesidad por mucho que se coma, viéndose también que el engrasamiento típico que acompaña a la edad crítica evoluciona en cierto grado de un modo fatal, aunque la mujer, preocupada de la conservación de la línea, realice fuertes ejercicios y se someta a las más severas limitaciones del régimen.

Lo seguro parece ser, como sostiene Marañón (2), que en todo caso de obesidad intervienen a la vez en su patogenia factores exógenos—hiperalimentación, sedentarismo—y endógenos—tiroideos, neurohipofisarios, genitales, etc.—El mecanismo es siempre mixto, estando íntimamente relacionados ambos factores.

De todos modos, las perturbaciones humorales son absolutamente necesarias, y es muy probable, que aun en la obesidad de apariencia más exógena la patogenia íntima sea endógena, pues si los trastornos de las glándulas de secreción interna predisponen, por los cambios psicológicos que originan, al sedentarismo, la alimentación excesiva ocasiona modificaciones anatómicas del aparato incretor.

Horsley (3) y Watson (4) han demostrado que en los animales sometidos a una dieta muy rica en carne se producen lesiones histológicas intensas del tiroides. Idénticas alteraciones ha encontrado Pézard (5) en los testículos de los gallos alimentados exclusivamente con carne (castración alimenticia).

En la práctica clínica, y ante la necesidad de establecer un tratamiento, podemos, sin embargo, seguir clasificando la obesidad en exógena y endógena, sirviendo para ello el estudio del metabolismo basal. Deben considerarse como endógenos aquellos casos con un metabolismo basal inferior a — 5 por 100.

Vamos a ocuparnos hoy de la intervención, en el mecanismo patogénico de la obesidad, del factor pancreático, que puede servir de puente de unión entre las obesidades exógenas y endógenas, y cuyo conocimiento acaso nos permita demostrar, como decíamos antes, que, en el fondo, todo caso de obesidad obedece a una perturbación endocrina.

Ya hace tiempo que algunos autores, como Falta (6) y Weil (7), llegaron a admitir la existencia de una forma pancreática de la obesidad.

De siempre es conocida la relación entre el metabolismo de la grasa y el de los hidratos de carbono, ya que éstos pueden transformarse en grasa, habiéndose observado que es muy difícil conseguir un verdadero cebamiento con el empleo de albúminas y grasas, necesitándose para ello utilizar hidrocarburos en abundancia, cuya asimilación se hace con ayuda del páncreas.

Igualmente fueron notadas las relaciones de la obesidad con la diabetes, y se pensó que la misma lesión pancreática que da lugar a la diabetes es la responsable del engrasamiento, que en muchos diabé-

ticos acompaña durante largos años a la glucosuria.

Estos hechos empíricos se explicaron de muy distintos modos, y únicamente han sido bien comprendidos al descubrirse la hormona insulínica, y al disponer hoy, por medio del estudio de las curvas de glucemia, de una prueba para explorar el metabolismo hidrocarbonado.

Cuando Falta (6) expuso por primera vez su concepto de la obesidad pancreática, suponía que en la diabetes el metabolismo de los hidratos de carbono está alterado, en el sentido de la fijación del glucógeno y la producción del azúcar sanguíneo, originándose la glucosuria, mientras que se conserva íntegramente la facultad de formar grasa a expensas de los hidrocarbonados, no aprovechados para la formación glucogénica, pasando dicha grasa a enriquecer el tejido adiposo.

Según esta teoría, el páncreas intervendría en la obesidad por un mecanismo hipofuncional. La insuficiencia insulínica es la que daría origen a la obesidad pancreática de Falta, determinando que el excedente de hidratos de carbono que queda sin metabolizar se almacene en el organismo en forma de grasa.

Posteriormente se han ido precisando mejor las relaciones entre la obesidad y la diabetes. Solamente los diabéticos benignos—forma constitucional o artrítica de los autores clásicos—continúan siendo gordos. Las formas graves, que eran precisamente las llamadas pancreáticas, se acompañan de gran adelgazamiento. Actualmente sabemos que esto es debido a que la obesidad, más que acompañar a la diabetes, la precede, predisponiendo a ella, y constituyendo lo que en la terminología moderna llamamos un estado prediabético (8), (9). No está, sin embargo, completamente establecido cuál es el factor que determina la predisposición diabética de los obesos. Se ha pretendido que sólo se hacen diabéticos los obesos exógenos, explicándolo Allen y Umber, suponiendo que una determinada cantidad de insulina, suficiente para una masa corporal dada, deja de serlo cuando esta masa aumenta por excesos alimenticios, originándose entonces la diabetes. La obesidad endógena, por el contrario, se relaciona con perturbaciones endocrinas, sobre todo hipotiroides, que engendran un estado humoral, contrario más bien a la diabetes. Hoy no puede mantenerse esta manera de pensar y, además, sabemos que el hecho que se trata de explicar con esta hipótesis es falso, pues se ha podido comprobar (8) la existencia de estados prediabéticos tanto en la obesidad con metabolismo normal como en las hipometabólicas.

Los magníficos efectos logrados con la insulina en los estados de adelgazamiento han venido a enseñarnos que esta hormona realiza por sí sola verdaderas curas de engrasamiento, oponiéndose netamente sus efectos a los de la hormona tiroidea.

Estos datos clínicos vuelven a poner sobre el tapete el problema, un poco olvidado, de la obesidad pancreática, sustituyendo la antigua hipótesis de la

insuficiencia de su tejido inductor por la de un hiperinsulinismo, bien primitivo o bien secundario a trastornos funcionales de otras glándulas de secreción interna. Así Falta (10) ha modificado su primitivo criterio, sosteniendo hoy que sólo pueden ser engordados aquellos individuos poseedores de una función insular normal, y que en algunos casos la causa de la obesidad podría residir en una respuesta inadecuada de los islotes de Langerhans al estímulo alimenticio. La función endocrina del páncreas es la que mantiene la constancia del peso. Cuando se exagera se produce un engrasamiento rápido. Parece, por tanto, que siempre que se observa aumento de peso en un individuo se puede comprobar una aumentada disposición funcional del aparato insulínico, que toma parte en todos los tipos de obesidad. Si un sujeto come demasiado, el páncreas responde trabajando en exceso y transformando en grasa el sobrante de hidratos de carbono, desarrollándose la obesidad; pero esta hiperfunción llega a agotar la secreción insulínica, dando origen a estados prediabéticos y diabetes confirmada. Las obesidades exógenas por excesos alimenticios, se engendran, por consiguiente, por un mecanismo endógeno-pancreático.

Los síndromes hipoglucémicos observados en enfermos tratados con dosis excesivas de insulina, o en aquellos otros muy susceptibles a esta hormona—hiposuprarrenales—, han llevado a los clínicos a pensar que, así como hay estados espontáneos de hiperglucemia, debidos a la insuficiencia pancreática, es teóricamente posible que existan espontáneamente estados contrarios de hipoglucemia, debidos a hiperfunción del páncreas, o a trastornos equivalentes de los otros factores reguladores del recambio de los hidratos de carbono.

Algunos casos han demostrado la realidad de esta suposición teórica. Harris (11) ha observado—precisamente en sujetos obesos grandes comedores y prediabéticos—crisis que recuerdan exactamente a las provocadas por la inyección de insulina, y cuyo síntoma más característico es una sensación agudísima de hambre. La ingestión de alimentos, sobre todo azucarados, alivia instantáneamente al enfermo.

Si se examina la sangre durante estas crisis, se encuentra una acentuada hipoglucemia. Supone Harris que en estos gordos existe un estado de hiperinsulinismo, que precedería a la insuficiencia del páncreas como el hipertiroidismo precede a veces al mixedema. Muy interesante es la observación de Power y Robertson (12). Se refiere a un obeso, con engrasamiento progresivo y grandes lipotimias y vértigos, que cesaban tomando azúcar. La determinación de la glucemia durante una de las crisis dió una cifra bajísima; el enfermo tenía un cáncer del páncreas, con metástasis en el hígado, estando constituido el tumor por células de aspecto histológico análogo a las insulares.

Casos de hipoglucemia espontánea han sido descritos también por Cammidge, Russel, Wilder, Allan,

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 EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías*
- Linfatismo*
- Escrofulismo*
- Raquitismo*
- Diabetes*
- Heredosifilis*
- Ameno y Dismenorrea*
- Convalecencias*
- Estados llamados Pretuberculosos*



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

El Mas Poderoso - El Mas Científico - El Mas Racional.

MEDICACION
LA MAS EFICAZ
PARA EL TRATAMIENTO
DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS
ANEMIA
ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO
NEURASTENIA
RAQUITISMO
ESCROFULA
LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS
DEBILIDAD
TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN
Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Élève de l'Institut Pasteur
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits "Scientia" 21, rue Chaptal - PARIS

· ESCROFULA · RAQUITISMO ·

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

CARIAS DENTERIAS · TOS · DEBILIDAD · LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS



Planques y Sendrail, Guy Laroche, Lelourdy y Busiere, etc. (13). Gougerot y Peyre (14) describen un síndrome parecido unido a manifestaciones de origen suprarrenal: astenia, hipotensión, pigmentación, etc.

Estas observaciones clínicas explican bien las relaciones entre obesidad y prediabetes. La fase primaria hiperinsulínica provoca, por intermedio de la hipoglucemia, crisis de hambre imperiosa que obligan a excesos alimenticios causantes de la obesidad.

Uno de los autores que con más entusiasmo sostienen la realidad clínica de los síndromes hiperinsulínicos es Fonseca (15). Estudiando el metabolismo hidrocarbonado en gran número de obesos, encuentra, no sólo hipoglucemia en ayunas, sino una curva de tipo bajo después de la administración de 50 gramos de glucosa. Si hoy se admite que la elevación de la curva traduce, en cierta medida, un estado de hipofunción pancreática, inversamente el descenso puede ser considerado como un signo de hiperfunción. Según Fonseca, el hiperinsulinismo es absolutamente constante en la obesidad. Unas veces es debido a una mayor producción de insulina—hiperinsulinismo directo—que corresponde a la obesidad pancreática de Falta, y otras, al déficit de hormonas antagonistas del páncreas—hiperinsulinismo indirecto—que corresponde a las obesidades tiroideas, hipofisarias, genitales, etc.; pero es siempre la insulina la que por su efecto engrasante determina la obesidad.

Algunos datos recientes hablan en favor de la existencia de un antagonismo entre las hormonas genitales y las pancreáticas.

Ya Rebaudi (16) observó hace tiempo que en los animales a los que se habían destruido los cuerpos amarillos se encontraban signos de hiperactividad de los islotes de Langerhans.

Muy recientemente, Champy, Kritch y Llombart (17) han estudiado en los animales las modificaciones provocadas por la castración en el páncreas y en el hígado.

En el páncreas encuentran, de un modo constante, en los dos sexos, un aumento, a veces, enorme del tejido insular, con regresión de los acinis.

En el hígado aparecen las células vacuolizadas y sobrecargadas de glucógeno.

Fundándose en estas investigaciones, suponen Champy y sus colaboradores que la adiposidad de los animales castrados está relacionada con las alteraciones histológicas del páncreas. La castración daría lugar a una mayor producción de insulina, causante, a su vez, de la fijación de la grasa y del glucógeno.

En el terreno clínico, Fonseca y Trincão (18) han comprobado que los extractos ováricos ejercen una marcada acción hiperglucémica, y sostienen que el ovario interviene siempre en el metabolismo hidrocarbonado en un sentido antagónico al del páncreas. En la insuficiencia ovárica se produce una reacción hiperfuncional de la glándula insulínica, siendo el hiperinsulinismo el verdadero responsable de la constante adiposidad de las mujeres menopáusicas.

Los datos referidos son contrarios al criterio mantenido hasta ahora por casi todos los autores acerca de la actuación de las glándulas genitales sobre la asimilación de los hidratos de carbono.

Los tratadistas clásicos de la diabetes han insistido siempre en la mayor frecuencia con que se inicia esta enfermedad en una época de la vida, que coincide con la del ocaso genital, aunque no se les ocurriese relacionar ambos hechos.

El primer autor que lo hizo fué Dalché (19), que concede una importancia grande a la insuficiencia ovárica en la patogenia de la diabetes.

Mac Clean (20) observó que la curva de la hiperglucemia alimenticia se desarrolla en el hombre maduro y en el viejo con un tipo diabético, lo cual indica una evidente predisposición a esta enfermedad.

Ha sido Maraón (20), (21) quien mejor ha precisado la razón de estas coincidencias cronológicas, considerando al climaterio como un verdadero estado prediabético.

En algunos eunucoides se ha señalado la presencia de glucosuria (Gugenheimer) (20), y nosotros hemos observado una diabetes grave en un gerodérmico.

En cuanto a datos experimentales sobre la relación de la insuficiencia genital con la diabetes, Stolper (20) ha visto que en los conejos castrados varias semanas antes, la ingestión de 25 gramos de glucosa, durante tres días, origina una acentuada glucosuria, que no aparece en los animales testigos.

Maraón (21), en mujeres menopáusicas o castradas, ha observado, tanto la presencia de la glucosuria espontánea, como el descenso del límite de tolerancia para la glucosuria alimenticia.

Los animales castrados (Cristofolletti, Maraón), (20), (21) responden a la inyección de adrenalina con una glucosuria elevada.

Adler (20) ha conseguido el mismo efecto en mujeres castradas con dosis de 0,2 a 0,3 c. c. de la solución al 1 por 1.000 inactiva para la mujer normal.

Maraón (21) comprueba también la facilidad con que se provoca la glucosuria adrenalínica en la edad crítica.

Parece, por tanto, deducirse de todos estos datos que la insuficiencia genital ocasiona en el organismo un descenso del límite de asimilación de los hidratos de carbono y, por consiguiente, una tendencia manifestada a la glucosuria. Así ha venido creyéndose que la increción genital influía sobre el metabolismo hidrocarbonado en el mismo sentido que el páncreas.

Sin embargo, en las castradas jóvenes y en la insuficiencia ovárica juvenil, es rarísima la diabetes, por lo cual Maraón (21) cree que la insuficiencia genital es sólo un factor predisponente, explicándose la coincidencia de su aparición con la edad crítica por la compleja crisis endocrina que caracteriza a esta época de la vida, en la que encontramos, al lado de la insuficiencia ovárica, la hiperfunción de otras glándulas: tiroideas y, sobre todo, suprarrenales, que orientan en sentido diabético el metabolismo hidrocarbonado.

La diabetes se desarrolla efectivamente de un modo especial en las menopáusicas de tipo corpulento, hipertensas y con tendencia a la obesidad, o sea en las hipersuprarrenales.

La glucosuria de los animales castrados sólo se observa, como ya hemos indicado, pasado algún tiempo de la operación, coincidiendo probablemente con reacciones hiperfuncionales compensadoras, suprarrenales e hipofisarias.

La manera de comportarse el sistema endocrino en su totalidad, ante la contracción y ante la insuficiencia genital de la edad crítica, podría explicar la contradicción existente entre los datos clínicos y los recientes que hemos referido.

También es posible que el páncreas reaccione al principio en la edad crítica en sentido hiperfuncional, contribuyendo el hiperinsulinismo, con la insuficiencia ovárica, al engrasamiento de las mujeres menopáusicas, y que posteriormente, la glándula, sometida a un trabajo excesivo, se agote, sobreviniendo la diabetes.

Trangott y Staub, entre otros autores, habían señalado ya que en los sujetos a los que se administra glucosa, a la fase hiperglucémica sucede otra de hipoglucemia.

Dos discípulos de Falta, Depisch y Hasenöhr (22), han confirmado estas investigaciones, observando de una manera constante que en el hombre normal la ingestión en ayunas de grandes cantidades de dextrosa—100 gramos—provoca, primero, una elevación de la glucemia—hiperglucemia alimenticia—, pero, posteriormente, un descenso por debajo de la cifra inicial—hipoglucemia alimenticia—que oscila de 10 a 20 miligramos por 100. Utilizan esta prueba estudiando la evolución de la curva durante cuatro horas para medir la actividad funcional de la glándula insulínica. Las investigaciones llevadas a cabo en diferentes enfermedades, demuestran que la fase hipoglucémica es muy intensa en varios procesos patológicos, como, por ejemplo: en la convalecencia de enfermedades infecciosas, coincidiendo con el gran apetito y el rápido aumento de peso que caracteriza a este estado; en la adiposidad progresiva por sobrealimentación—esto es, en los casos considerados como de patogenia exógena—; en ciertos tipos de obesidad endógena con engrasamiento súbito; en algunas formas de obesidad hipotalámica, y hasta en casos de enfermedad de Basedow y de hipertensión esencial.

Falta, por el contrario, en los individuos con peso estacionario y en los síndromes que se acompañan de pérdida de peso. Cuando la hipoglucemia es muy acentuada—encontrándose a veces descensos por debajo del valor inicial de 30 a 50 miligramos por 100—aparecen síntomas idénticos a los provocados con dosis exageradas de insulina, especialmente sensación imperiosa de hambre.

Es muy curioso el comportamiento de la prueba de Depisch y Hasenöhr en los basedowianos. Mientras continúan adelgazando, la fase hiperglucémica se agudiza faltando la hipoglucémica, pues a las cuatro

horas continúa ascendiendo la curva. Si el peso es constante, la cifra inicial es normal, provocando la ingestión del azúcar una fuerte elevación seguida de un descenso también normal.

Por último, en los hipertiroideos que aumentan de peso espontáneamente o en virtud del tratamiento, está muy marcada la hipoglucemia.

Estas variaciones se explican por existir un antagonismo en la actuación del tiroides y del tejido insular sobre el metabolismo hidrocabonado y, por consecuencia, sobre el peso. En el primer tipo de enfermos predomina la influencia tiroidea; en el tercero,

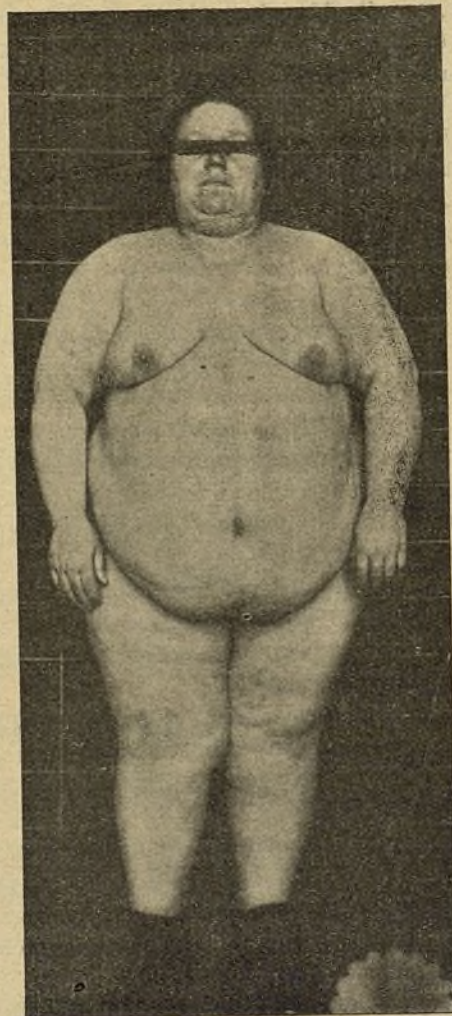


Fig. 1.^a

la pancreática, y en el segundo, se establece un equilibrio entre los dos factores.

El modo cómo reacciona el tejido insular del páncreas tiene, por consiguiente, una extraordinaria importancia para el pronóstico del hipertiroidismo, comprendiéndose por estos hechos los favorables resultados del tratamiento insulínico en la enfermedad de Basedow.

Nosotros hemos observado el caso siguiente:

Sala 39, núm. 5, Inés Martínez Fernández, treinta y cuatro años, casada. Arbanchel (Jaén).

Antecedentes familiares.—Padre muerto; no sabe de

INSULIN LILLY

▼▼▼

POR espacio de más de siete años, los principales especialistas en la diabetes han usado el Insulin Lilly con resultados excelentes. La pureza, estabilidad y uniformidad de potencia son características del Insulin Lilly y su uso por la clase médica va en aumento día tras día. La extensa distribución del Insulin Lilly hace fácil su obtención. Por el bien de sus intereses, haga constar en sus pedidos y recetas que desea la insulina de la marca "Lilly."

Si su droguista no lo tiene en existencia podrá muy bien obtenerse por conducto de nuestro distribuidor al por mayor, el

SR. DR. REMIGIO ROMERO
Altamira 5 y Padilla 2, Alicante, España

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E. U. A.

Tratamiento del raquitismo, anemias, tuberculosis, convalecencias. La mejor recalcificación opoterápica, según fórmula.

Huevo fresco pulverizado.....	0,15
Paratiroide.....	0,001
Timo.....	0,05
Suprarrenal.....	0,05
Diastasa.....	0,05
Kinasa.....	0,05
Erepsina.....	0,05

Dos comprimidos antes de las dos principales comidas, veinte días al mes, que presenta al Cuerno médico español, el Laboratoires Odinot, de Paris, con el nombre de

NEO-CALCILINE

comprimida y granular.

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

Jarabe Polibromurado de J.-P. Laroze

Una
cucharada sopera
contiene: { 1 gr. de Bromuro de Potasio,
1 gr. de Bromuro de Sodio,
1 gr. de Bromuro de Amonio.

Contra todos los accidentes nerviosos.

**L. ROHAIS & C^{ie}, 2, Rue des Lions-Saint-Paul,
PARIS**

qué. La madre es muy gorda, y lo mismo todos los parientes por la rama materna. Ha tenido seis hermanos; todos han muerto; uno, de difteria; los demás, no recuerda.

Antecedentes personales.—No ha tenido ninguna enfermedad; siempre ha sido más bien gruesa, pero sin exageración. Menarquia a los trece años. La regla ha sido siempre normal, aunque algo escasa; solamente hace dos años, amenorrea, durante cuatro meses. Lleva once años casada. Ha tenido cuatro hijos, primero un niño, que nació muerto, y después tres niñas; una murió, a los cuatro años, de sarampión, y las otras dos, de ataques, a los tres y a los cuatro meses respectivamente.

Enfermedad actual.—Comenzó en el curso del último embarazo, ahora hace un año, con gran emotividad, insomnio y sensación de angustia, y hambre imperiosa, que la obligaba a estar constantemente comiendo, incluso de noche. Su comida diaria se compone desde entonces de un pan de cuatro libras, dos kilos de patatas cocidas, media libra de carne y un litro de vino. Las crisis de debilidad aumentaron todavía más después del parto, desarrollándose entonces su gran obesidad. Al empezar el embarazo



Fig. 2.ª

pesaba 85 kilogramos y en la actualidad 119. Ingresó en la sala el 2 de Enero de 1929.

Exploración.—Obesidad generalizada, enorme, pues pesa, como hemos dicho, 119 kilogramos, con una talla de 1,43 (figs. 1.ª, 2.ª y 3.ª); pulso, 104; tensión, 116; 90 (Vaquez); refuerzo del segundo tono aórtico; metabolismo

basal, + 9 por 100; orina, normal; sangre, Wassermann y Kahn, negativos. Azotemia, 0,39 por 1.000. Curva de glucemia con 25 gramos de glucosa en 100 de agua: inicial, 0,95; a la media hora, 1,48; a la hora, 1,25; a la hora y media, 1,05; a las dos horas, 0,82 (fig. 4.ª). Se observa, por tanto, un descenso de la glucemia a las dos horas, por

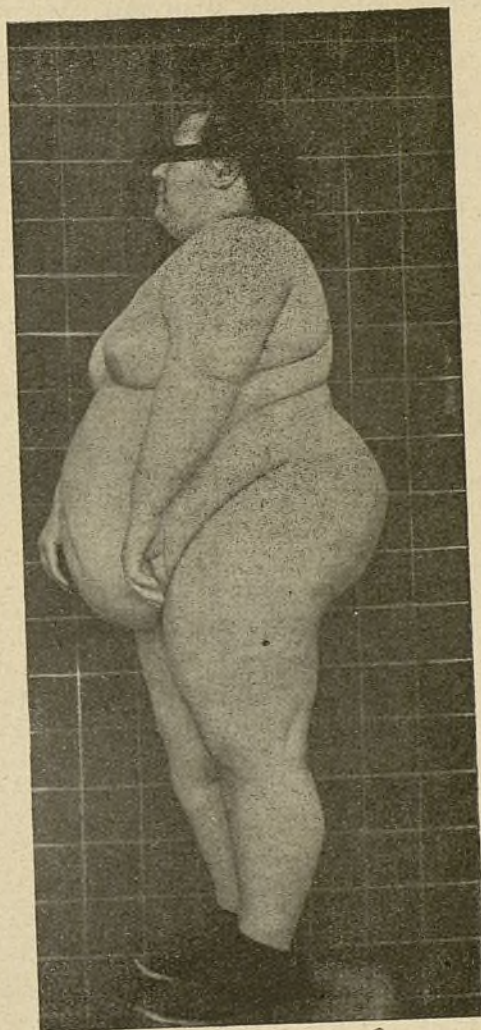


Fig. 3.ª

debajo del valor inicial de un 14 por 100, pudiendo considerarse como positiva la prueba de Depisch y Hasenöhr. El estudio psicológico realizado por el Dr. Vallejo Nágera da el siguiente resultado: Enferma que se pone muy bien en relación y trata de hacerse agradable. Facies y gesticulación, naturales.

Se produce con los ademanes propios del pueblo. Dejó de asistir a la escuela por su incapacidad para aprender, siendo completamente analfabeta. Tiene muy mala memoria; ignora cómo se llaman los meses del año, y con dificultad repite los días de la semana.

Memoria de fijación media, normal (repite cinco dígitos). Memoria de evocación globalmente disminuida por pereza mental. Acentuada distractibilidad. Desinterés por el resultado de la exploración. No es capaz de encontrar diferencias simples. Define por el uso. No puede combinar tres palabras en una oración. Comprensión de primer grado. No encuentra el sentido de preguntas absurdas. No define abstractos. Conceptos éticos conservados. Edad mental (Jerkes) de seis años. Coeficiente intelectual de 0,33. Afectividad fundamental, eufórica, estúpida. Senti-

mientos familiares abolidos. Humor alegre. Tensión psíquica perezosa. Psicomotilidad lenta. Temperamento sintónico. Predominio del instinto en la personalidad.

Se trata, por tanto, de una oligofrénica muy acentuada (imbécil tórpidia).

Curso.—Se la somete a una alimentación restringida y tiroidina (cuatro tabletas de 16 centigramos diarias de tiroidina Médix), mejorando mucho de su bulimia, sufriendo únicamente la sensación de hambre a las horas ordinarias de la comida.

Al mes de este tratamiento pesa 117 kilogramos, con un metabolismo de +20 por 100. El 3 de Marzo solicita el alta por no querer soportar la reducción alimenticia (peso, 114; metabolismo basal, +9 por 100).

En esta enferma la obesidad es principalmente de tipo exógeno, provocada por los excesos alimenticios a que le ha llevado su estado mental. Sin embargo, los antecedentes hereditarios y su insuficiencia ovárica, permiten afir-

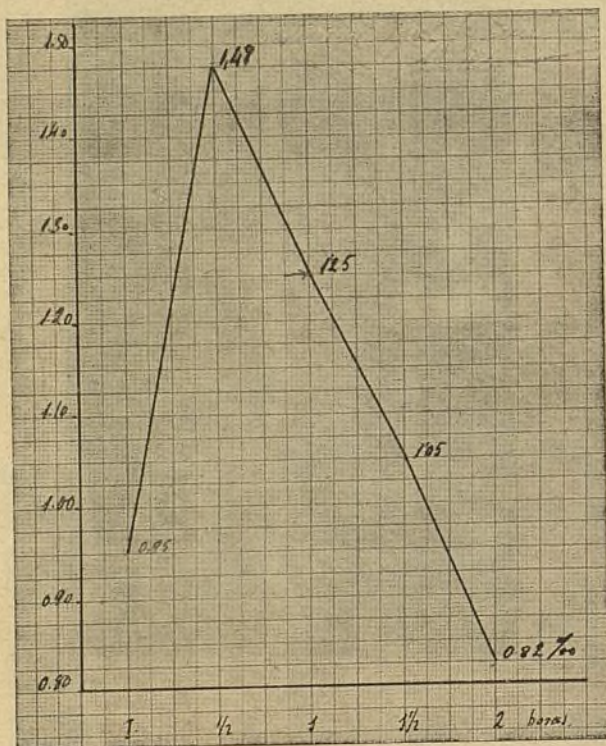


Fig. 4.ª

mar la existencia de factores endógenos predisponentes. La gran semejanza de su sintomatología con la de los gordos prediabéticos hiperinsulínicos descritos por Harris y otros autores, nos inclinan a pensar pueda tratarse, en cierto modo, de un caso de obesidad hiperinsulínica. No fué posible por la dificultad de encontrar las venas practicar la prueba de Depisch y Hasenöhl, pero el resultado de la curva, con sólo 25 gramos de glucosa, y seguida únicamente durante dos horas, indica, efectivamente, una acentuación de la fase hipoglucémica.

Todos los datos referidos demuestran que la hormona insulínica juega un papel de primer orden en aquellos estados en los que se encuentran aumentados los procesos de asimilación.

Más difícil es determinar si hay casos de obesidad, cuya causa resida en una hiperactividad insular primaria. Como uno de ellos podría considerarse

el ya citado de Power y Robertson (12) de cáncer de los islotes de Langerhans.

En estos casos, que son los menos frecuentes, podría pensarse en condiciones propias residentes en el mismo páncreas, o en una anormal excitabilidad de los centros nerviosos hipotalámicos, reguladores de la actividad endocrina pancreática.

Generalmente, parece tratarse de una mayor secreción de insulina por efecto de los estímulos alimenticios—obesidad exógena—o, como admite Fonseca (15), de un hiperinsulinismo indirecto por faltar el influjo de glándulas antagonistas: obesidades tiroideas, hipofisarias, genitales, etc.

Podemos concluir diciendo que siempre que en un individuo, por causas exógenas o endógenas, se determine un aumento de peso, se podrá comprobar una hiperfunción de los islotes de Langerhans. Este tejido toma una parte activa, por consiguiente, en todos los tipos de obesidad, cualquiera que sea su origen. En cuanto a admitir la existencia de una obesidad insular primaria, es conveniente proceder con mucha precaución, como el mismo Falta (23) reconoce muy recientemente.

Bibliografía.

1. Marcel Labbé: La obesidad y su tratamiento. Madrid. Paracelso, 1924.
2. Marañón: Gordos y flacos. Cuadernos de Ciencia y de Cultura. Madrid. La Lectura, 1926.
3. Horsley: Citado por Marañón, nota 2.ª.
4. Watson: Citado por Marañón, nota 2.ª.
5. Pézard: Citado por Marañón, nota 2.ª.
6. Falta: Die Erkrankungen der Blutdrüsen. Wien. 1913.
7. Weil: Die Innere Sekretion. Berlin. Springer. 1921.
8. Marañón: Prädiabetische zustände. Budapest. 1927.
9. Bonilla: Prediabetes. La Medicina Ibero, núm. 504, 1927.
10. Falta: Feltsuch und Inselorgan. Wien. Klin. Woch., núm. 26, 1928.
11. Harris: Hiper and disinsulinisme. The Journal of the American Medical Association, núm. 83, 1924.
12. Power y Robertson: The Journal of the American Medical Association, t. LXXXIX, núm. 5, 1927.
13. Guy Laroche, Lelourdy y Bussiere: Les hypoglycemies espontanéés chroniques. La Presse Médicale, número 37, 1928. (Contiene una bibliografía muy completa sobre los síndromes hipoglucémicos.)
14. Gougerot y Peyre: Hypopinephrie et disinsulinisme. C. R. de la Soc. de Biologie, núm. 33, 1925.
15. Fonseca: Hiperinsulinismo. Lisboa Médica, núm. 1, 1927.
16. Rebandi: Citado por Marañón. Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición. 3.ª edición. Madrid. Ruiz, 1920.
17. Champy, Kritch y Llobart: Adiposité, pancreas et foie des castrats. C. R. de la Soc. de Biologie, núm. 4, 1929.
18. Fonseca y Trincao: Antagonisme pancreatico-ovarrien. C. R. de la Soc. de Biologie, núm. 6, 1929.
19. Dalché: Opothérapie, puberté, glandes endocrines. Paris, 1915.
20. Véase Marañón, op. cit., nota 16.

21. Marañón: La edad crítica. 2.^a edición. Madrid. Ruiz, 1925.

22. Depisch y Hasenöhr: Die alimentäre Hypoglykämie als Funktionsprüfung des Inselorgans. Verhandlungen des deutschen kongresses für innere Medizin. Wiesbaden, 1927.

23. Falta: Sobre obesidad endocrina. Libro Homenaje a Marañón. Madrid. Paracelso, 1929.

LA ANAFILAXIA ⁽¹⁾

POR EL

SR. DR. D. MANUEL MARTIN SALAZAR

Sres. Académicos:

El gran amor que yo profeso a esta ilustre Corporación, hame dado fuerzas para sobreponerme a mi falta de salud, así del cuerpo como del espíritu, y cumplir con el honroso deber de hacer este discurso inaugural, que por orden reglamentario me ha correspondido.

Nadie extrañará, dadas mis preferentes aficiones a los asuntos relacionados con las cuestiones de inmunidad, que haya elegido para tema de mi discurso, un punto un tanto extraño, escabroso y enrevesado, como este de la anafilaxia, el cual se destaca, por su originalidad y trascendencia, de la mayor parte de los que ofrece el estudio de la inmunología general.

El tema no se brinda, en verdad, a grandes lucimientos literarios, ni mucho menos a conmover y entusiasmar a las muchedumbres con altas concepciones del espíritu; porque lo complejo de su análisis y la imperfección del conocimiento actual sobre la esencia del fenómeno de anafilaxia, hacen que sus materias, que están todavía en la penumbra de la Ciencia, no aparezcan ante el entendimiento con aquella claridad y resplandor que permite la expresión elocuente y hasta bella de las cosas. No contando, pues, con el atractivo literario, tengo que pedirlos perdón por la obscuridad y enrevesamiento con que he de verme obligado a tratar muchos puntos. Empero, confiado en vuestra bondad e indulgencia, emprendo mi ardua tarea, seguro de encontrar en vosotros aliento para salir más o menos airoso de mi empeño. Vuelvo a suplicaros que me perdonéis lo abstruso del asunto y la falta de claridad que alguna vez haya en la expresión de mi pensamiento.

ANAFILAXIA GENERAL

Lo primero que salta a la vista, como característico de la anafilaxia, es su contraste con las leyes ordinarias de la inmunidad general, que ocasionan el hábito y la falta de sensibilidad a la influencia de los agentes exteriores usados como antígenos; mientras la anafilaxia consiste precisamente en la producción de un aumento de sensibilidad, y en un poder reaccional extraordinario que fácilmente llega hasta producir la muerte. Si a un conejillo de Indias, pongo por caso, que pueda tolerar sin ningún trastorno la inyección única de muchos centímetros cúbicos de una proteína cualquiera, tal como el suero de sangre de caballo, se le inyecta, pasados diez o doce días de la primera inyección, una mínima cantidad (0,01 c. c.) de ese mismo suero, el dicho conejillo será muerto casi instantáneamente. Las condiciones de la muerte del coneji-

llo, que sobreviene en menos de un minuto y que se acompaña de convulsiones violentas y otros graves síntomas, son particularmente dramáticas. No puede darse hecho más paradójico y fuera, al parecer, de lógica razón, que mientras una gran cantidad es perfectamente tolerada por el animal, una dosis infinitesimal, inyectada después de algún tiempo de la primera inyección, cause la muerte rápida y muy aparatosa del mismo.

Este fenómeno, reconocido en el hombre con motivo, sobre todo, del uso del suero antidiftérico, y estudiado desde el punto de vista de su profilaxis y su tratamiento, tiene en la clínica un valor extraordinario. Son muchos, seguramente, los síndromes patológicos que en el uso de sustancias proteicas de carácter antígeno pueden presentarse al clínico como efecto de un fenómeno anafiláctico, y que, por falta de orientación científica sobre este punto, no han sido todavía bien reconocidos. Aquí, pues, queda abierto a los investigadores un ancho campo de observación y de estudio, que dará explicación en el porvenir de muchos fenómenos clínicos de carácter anafiláctico, hasta ahora no conocidos en su íntimo mecanismo.

La palabra anafilaxia quiere decir lo contrario de profilaxis. La partícula *ana* que le antecede, quiere expresar el concepto de que, en lugar de prevenir o evitar el mal, como hace la profilaxis, da ocasión a una mayor susceptibilidad del organismo al influjo de las sustancias antigénicas, revelada por un exceso de fuerza reaccional a la acción de una pequeña cantidad de las mismas sustancias.

Al definir la anafilaxia no puede olvidarse la sencilla manera como lo hizo Carlos Richet con las siguientes palabras: «En la anafilaxia, una sustancia insuficiente a matar y hasta hacer el menor daño a un animal normal, determina accidentes graves y mortales en otro animal que algún tiempo antes ha recibido en su seno esta misma sustancia.»

Las reacciones a que da lugar la anafilaxia son unas de carácter general y otras locales. Las primeras se han llamado fenómeno de Smith, y la reacción local, fenómeno de Arthus. La reacción local es, prácticamente, la misma en todos los animales; pero la reacción general varía en las diferentes especies de animales, y en el hombre muestra diferencias individuales dentro de la misma especie.

Los caracteres generales de la anafilaxia son muy importantes de conocer. Lo primero que llama la atención es que los agentes antigénicos capaces de producir fenómenos anafilácticos son todos de naturaleza proteica; es decir, que sólo las proteínas parecen tener esta propiedad, sin que hasta ahora se haya podido demostrar ni en los hidratos de carbono ni en las grasas trazas siquiera de acción anafiláctica.

Es curioso que la anafilaxia se manifieste con cantidades tan mínimas, casi infinitesimales, de antígeno. El doctor Velles ha podido producir efectos anafilácticos con 0,000.000.5 de gramo de proteína, y obtenido una sensibilización mortal con 0,000.000.1 de gramo. En cierto modo, las cantidades mayores de antígeno dan lugar a una sensibilización menor.

También influye sobre el efecto sensibilizador la vía por donde se introduce el antígeno; siendo la más eficaz, primero, la intravenosa, después, la introperitoneal, y, por último, la subcutánea.

Las proteínas utilizadas tienen que ser precisamente extrañas a la sangre del animal inyectado y las de los tejidos sólidos; pueden ser usadas sólo como antígenos las

(1) Discurso leído en la solemne sesión inaugural de curso celebrada el día 26 de Enero de 1930 en la Real Academia Nacional de Medicina.

de aquellos tejidos más independientes y distintos de la composición de los fluidos, como es, por ejemplo, el cristalino, el cual puede usarse como antígeno sensibilizador de un ojo para el otro ojo.

Otra característica de la anafilaxia es que su síndrome reaccional no depende de la naturaleza del agente inmunizador, sino de la condición orgánica de la especie de animal a quien se inyecta el antígeno. Así, pues, los síntomas anafilácticos, cualquiera que sea el agente que inyecta, son siempre los mismos para una especie animal dada, lo que quiere decir que las manifestaciones anafilácticas dependen menos del antígeno empleado que de la similitud del proceso reaccional.

Una condición indispensable para que se dé la reacción anafiláctica es que entre la primera inyección del antígeno, llamada sensibilizante, y la segunda, denominada desencadenante, transcurra un periodo de tiempo que varía según los casos, siendo después de la tercera semana cuando suelen ser obtenidas las reacciones más violentas. La sensibilización producida por la inyección antigénica disminuye después lentamente, pudiendo a veces persistir toda la vida.

El animal que escapa a una reacción anafiláctica grave queda, generalmente, insensible a cualquier otra dosis de la misma proteína, como si los anticuerpos originados por la sensibilización anafiláctica se hubieran agotado con la reacción. La sensibilidad puede aparecer después de mucho tiempo, probablemente por la formación de nuevos anticuerpos.

La sangre de un animal sensibilizado en la forma antes dicha, que contiene anticuerpos, si se inyecta a otro animal nuevo, ocasiona en éste una sensibilidad pasiva rápida, que le permite reaccionar en seguida a la acción del mismo antígeno antes inyectado, con síntomas anafilácticos. Esta es la llamada anafilaxia pasiva, que puede ser transmitida por herencia, así como se transmite la anafilaxia activa.

La anafilaxia se transmite por herencia de las madres a los hijos; de suerte que un recién nacido de madre que posea un marcado grado de hipersensibilidad presenta el mismo estado anafiláctico que su madre, y reacciona igualmente a las inyecciones subsiguientes de la proteína específica contra la cual había sido sensibilizada aquélla. Además, como ocurre con otros anticuerpos inmunes, la sustancia anafiláctica es segregada con la leche; así es que los hijos que maman esta leche desarrollan en sí un débil grado de hipersensibilidad pasiva, debida a la existencia de dicha sustancia anafiláctica en la sangre de las madres.

La circunstancia de que un conejillo normal, si se inyecta con un suero conteniendo precipitinas para una proteína dada adquiere una sensibilidad pasiva para esta proteína, ha hecho pensar que la sensibilización anafiláctica pueda depender de un anticuerpo idéntico a las precipitinas, y probablemente también a los anticuerpos de la reacción de fijación del complemento.

No todos los animales tienen la misma susceptibilidad a la intoxicación anafiláctica. El hombre es relativamente poco sensible, comparado con algunos animales, por ejemplo, el conejillo de Indias, y puede decirse que es mal productor de anticuerpos, que son, como es sabido, los que, en relación con los antígenos correspondientes, dan lugar a la reacción anafiláctica.

Los músculos lisos de un animal sensibilizado presentan contracciones violentas en contacto directo con soluciones del antígeno específico, lo que ha conducido a pen-

sar que el fenómeno de la anafilaxia se da singularmente por la acción sensibilizante del antígeno sobre las fibras de los músculos lisos.

Otro de los caracteres más salientes de la anafilaxia es su gran especificidad, que traspasa los límites ordinarios de las demás reacciones de antígenos y anticuerpos. La extremada especificidad del fenómeno de anafilaxia ha hecho que se aplique con éxito hasta la diferenciación química de varios tipos de proteínas que no han podido ser identificadas por sólo los métodos de análisis químicos ordinarios. Y lo más curioso de esto es que la especificidad no es sólo característica de las distintas especies de animales, sino de los distintos órganos. Si un animal es sensibilizado, por ejemplo, con la proteína del cristalino de otra especie, el animal sensibilizado reacciona no sólo a la proteína de la lente de la misma especie homóloga, sino a las sustancias proteicas de la lente de la misma especie, y hasta la de sí mismo, hecha la reacción con el cristalino del otro ojo. El Dr. Hektoen, fundado en estas experiencias, ha hecho la suposición de que ésta sea la manera de explicar el fenómeno de la *oftalmía simpática*, que no ha tenido hasta ahora explicación satisfactoria para los oftalmólogos, y que, según esto, parece resultar un fenómeno anafiláctico.

El término anafilaxia ha sido usado con tanta desmedida, que se han comprendido en él reacciones producidas por simples medicamentos, y hasta por agentes físicos. De aquí la necesidad de limitar su uso a la hipersensibilidad producida por sustancias puramente antigénicas. Para toda clase de reacciones, tengan o no que ver con la relación del antígeno y anticuerpo, se ha inventado el término general *allergia*, que significa etimológicamente reacción modificada; por consiguiente, la anafilaxia no es más que un caso particular de *allergia*.

El concepto de anafilaxia, pues, ha de ser restringido al fenómeno de hipersensibilidad que reúna las condiciones siguientes: 1.ª, la toxicidad de la materia ha de depender de la sensibilización previa del animal, puesto que la misma sustancia no produce similares síntomas en animales no sensibilizados; 2.ª, los síntomas reaccionales observados han de ser los mismos para todos los antígenos, pero diferentes y característicos o específicos para cada especie de animal; 3.ª, será posible provocar la sensibilización pasiva con el suero de los animales sensibilizados; 4.ª, será factible demostrar reacciones típicas en un trozo de útero de cobaya en contacto con el antígeno; 5.ª, será posible observar mejoría del espasmo bronquial en los cobayas por el uso apropiado de la atropina y la epinefrina; 6.ª, podrá alejarse toda idea de que los síntomas reaccionales sean producidos por trombosis o embolismo capilar; 7.ª, después de la cura del choque anafiláctico, se mostrará una sensibilización bajo apropiadas condiciones.

Entremos ahora en el aspecto analítico del tema.

Como la anafilaxia hay que considerarla cual lo que realmente es en esencia: una reacción de *antígeno anticuerpo*, estudiemos en primer término los antígenos, y después, los anticuerpos anafilactógenos.

ANTÍGENOS ANAFILACTÓGENOS

Todos los antígenos sensibilizantes parecen ser de naturaleza proteica. La molécula proteica, para conservar esta propiedad, requiere mantener su integridad química de tal modo, que todos los productos de hidrólisis de las proteínas están desprovistos de actividad anafiláctica: las proteosas, las peptonas, los polipéptidos, los amino-ácidos

y todo producto de desintegración de la molécula proteica pierden sus propiedades anafilactógenas.

Han sido inútiles todos los esfuerzos hechos para hallar en los lipoides propiedades anafilácticas. Tal vez su insolubilidad o la calidad y estructura de sus moléculas hagan que los lipoides no sean anafilactógenos.

Se han atribuido a la anafilaxia reacciones locales y generales producidas por medicamentos y sustancias químicas diversas, que más parecen anafilactoides que anafilácticas propiamente dichas. Las que son de esta última naturaleza han recibido de Wolff-Eisner una explicación ingeniosa, que por lo racional, puede que sea verdadera. Esta consiste en suponer que esas sustancias químicas, combinándose con las proteínas de los tejidos y líquidos del cuerpo, pueden dar lugar en éste a proteínas extrañas que le hagan adquirir propiedades anafilactógenas para el organismo. Sin que esto pueda pasar hasta ahora de una mera hipótesis, hay que convenir que se trata de una hipótesis muy racional e ingeniosa.

Ahora bien; lo que sí puede acontecer es que muchas de las manifestaciones reaccionales de esas sustancias químicas sean anafilactoides más bien que anafilácticas, y entonces no hay para qué acudir a la hipótesis explicativa de Wolff-Eisner.

Hay una razón fundamental para creer que esas reacciones de las sustancias químicas medicamentosas no sean generalmente anafilácticas, y es que el suero de los animales hipersensibilizados con tales sustancias no produce, inyectado a otros animales de la misma especie, ni trazas siquiera de anafilaxia pasiva, como acontece en la anafilaxia verdadera.

Las proteínas genuinamente anafilactógenas son: las albúminas, globulinas, nucleoproteínas, proteínas y albumosas. Entre estas sustancias anafilactógenas están incluidos un gran número de derivados microbianos.

ANTICUERPOS ANAFILACTÓGENOS

La sensibilización anafiláctica puede ser transmitida a un animal normal por inyección de la sangre de un animal sensibilizado; y esto es una prueba de que el choque anafiláctico es una reacción de antígeno-anticuerpo típica. Zinser admite que la reacción anafiláctica depende del encuentro del antígeno y el anticuerpo. Mas tres cuestiones quedan, sin embargo, todavía por resolver: 1.ª ¿El anticuerpo sensibilizante está representado por precipitinas o por anticuerpos fijadores del complemento o por otros elementos distintos? 2.ª ¿Cuál es el lugar de la reacción del anticuerpo y el antígeno anafiláctico? 3.ª ¿Por qué mecanismo produce esta reacción las manifestaciones del choque anafiláctico?

La identidad entre las precipitinas y los anticuerpos sensibilizantes ha sido seriamente defendida por muchos observadores, que han notado un paralelismo estrecho entre la cantidad de precipitinas y la de los anticuerpos sensibilizantes del suero. Hay una teoría llamada unitaria, la cual sostiene que todos los anticuerpos de las diversas reacciones inmunológicas son idénticos en naturaleza, lo que está por demostrar de una manera evidente. El doctor Friedberger atribuye la reacción anafiláctica a la producción de un veneno resultante de la acción de la alexina sobre las proteínas sensibilizadas, o sea que admite la identidad de los anticuerpos sensibilizantes y los anticuerpos de fijación del complemento.

Estudiemos ahora el sitio de la reacción. La anafilaxia fué considerada en un principio como una reacción de antígeno con el anticuerpo realizada en la sangre. Pero esta

concepción no explicaba el hecho que la inyección simultánea de antígeno y anticuerpo en la sangre no provocara ninguna reacción inmediata, y que la inyección de suero sensibilizante necesitara un período latente de incubación de varias horas antes de aparecer la sensibilidad.

Estos hechos no se pueden explicar por una reacción directa del antígeno y anticuerpo en el medio sanguíneo. En cambio, el período latente se explica muy bien, si se admite que él representa el tiempo necesario a los anticuerpos para penetrar en el interior de las células mismas y sensibilizarlas. La hipótesis humoral es incompatible con las experiencias de Schultz, que ha demostrado la reacción anafiláctica en segmentos aislados de intestino sensibilizado. Por otra parte, Dale y Weil han probado en órganos aislados que los músculos lisos de los animales sensibilizados, cuidadosamente desprovistos de sangre, dan una reacción anafiláctica en contacto con soluciones del antígeno específico. Por último, de los animales sensibilizados puede extraerse la totalidad de los anticuerpos que circulan en la sangre, sin que esto impida la producción de un *shock* anafiláctico mortal.

No sólo está demostrado el asiento celular de la reacción anafiláctica, sino que se ha probado con numerosos hechos que la presencia en la sangre de anticuerpos libres dificulta e impide las reacciones anafilácticas, merced a la fijación del antígeno por el anticuerpo en la sangre antes de su penetración en las células, que es donde se da la verdadera reacción específica. El choque anafiláctico consiste, pues, esencialmente en una reacción intracelular entre el antígeno y el anticuerpo procedentes de la sangre y fijado en las células. Así y todo, el hecho de que el antígeno y anticuerpo específicos, mezclados *in vitro*, dan lugar a sustancias evidentemente tóxicas hace pensar que sustancias análogas sean engendradas en el curso de la reacción anafiláctica, y que ellas intervengan en cierta medida en la génesis del choque anafiláctico, aunque éste consista esencialmente en una reacción intracelular propiamente dicha.

LA ANAFILACTOXINA

Desde un principio fué considerada la reacción anafiláctica como una intoxicación debida a los productos de desintegración o desdoblamiento de las proteínas extrañas, ocasionadas por los fragmentos a enzimas de la sangre o de los tejidos. Esta hipótesis se fundaba en tres órdenes de argumentos: en primer lugar, sobre la demostración hecha por Vaughan de la extrema toxicidad de los productos de desdoblamiento de las sustancias proteicas. La inyección de estas sustancias tóxicas reproduce, según Vaughan, el choque general y los accidentes anafilácticos locales. El segundo argumento era sacado de la semejanza de los accidentes anafilácticos y los efectos producidos por la inyección intravenosa de la peptona Witte o de otros productos de desintegración de las proteínas. Por último, Friedmann y Friedberger dieron el tercer argumento, haciendo notar el alto valor tóxico de los productos de reacción *in vitro* del antígeno, el anticuerpo y del complemento. En suma: según estos argumentos, la anafilaxia no sería más que una intoxicación por los productos de una proteólisis específica resultante de la acción del complemento sobre las células sensibilizadas por los anticuerpos específicos.

Según Jobling y sus colaboradores, el choque anafiláctico se acompaña de las modificaciones siguientes: a) movilización de una gran cantidad de proteosomas no específicas; b) disminución del antifermento; c) aumento del ázoe

no coagulable del suero; d) aumento de los aminoácidos; e) disminución inicial de las proteosas del suero.

De aquí deducen esos autores que la intoxicación anafiláctica resulta de una desintegración o desdoblamiento de naturaleza diastásica de los proteicos del suero, más allá del estado de peptona. El veneno producido proveniría más de las proteínas del suero del animal que del antígeno, y sería seguramente análogo a la anafilatoxina de Friedberg.

Bien que el suero sanguíneo pueda incontestablemente adquirir una alta toxicidad después de la digestión por el complemento, y provocar accidentes análogos al choque anafiláctico, no se está autorizado, falto de una prueba experimental, a atribuir la anafilaxia verdadera a una intoxicación aguda por productos de esta clase de desintegración de las proteínas. Esta teoría de la anafilatoxina ha sido objeto de numerosas críticas.

Las experiencias de Dale sobre el útero aislado del conejo han dado el golpe más decisivo a la teoría que atribuye la intoxicación anafiláctica a la formación de venenos no específicos por descomposición diastásica de las proteínas. En efecto; parece ser que la contracción de las fibras musculares lisas es la manifestación esencial, y puede ser la sola, del choque anafiláctico agudo.

El estudio de la anafilaxia por el método de Schultz-Dale, que consiste en medir la contracción de un trozo de capa muscular del intestino o del útero de un animal sensibilizado, provocada por el contacto directo del antígeno específico correspondiente, permite observar la reacción anafiláctica local, independientemente de los efectos aberrantes debidos a otras causas, como la trombosis capilar, las embolias, etc. Desde que el antígeno específico introducido en el baño se pone en contacto con el trozo muscular del intestino, se contrae éste rápidamente. Esta teoría diastásica de la anafilaxia se caracteriza por la falta de un período latente apreciable y por la rapidez del fenómeno, que, después de un período ascensional, sigue un descenso del poder de reacción anafiláctica.

Las numerosas observaciones hechas con este método parecen excluir por completo la naturaleza humoral del fenómeno anafiláctico, y por tanto, envuelven una negación de la clásica teoría de Friedberger sobre la anafilatoxina.

ANAFILAXIA LOCAL (FENÓMENO DE ARTHUS)

Descrito por Arthus y estudiado en detalle por Arthus y Bretón, ha sido comprobada la reacción inflamatoria ocasionada en la piel de un animal sensibilizado por una proteína cualquiera, con ocasión de la inyección intradérmica del mismo antígeno. Este fenómeno de anafilaxia local se da lo mismo en los animales sensibilizados activa o pasivamente. El Dr. Opie ha demostrado que la zona de reacción presenta un área necrótica con exudado inflamatorio, edema, leucocitos y otras células, formación de fibrina y trombosis vascular. Auer observó que en los animales que contienen en su organismo antígeno y anticuerpo específicos a la vez, se produce por una irritación local cualquiera en la piel una intensa inflamación necrótica, evidentemente debida a la concentración de los dos cuerpos en el lugar irritado. Opie probó que si a un conejillo de Indias se inyecta dentro de las venas una proteína dada, y varias horas después se le hace una inyección intradérmica de anticuerpo contenido en el suero con ella inmunizado, se produce una reacción local de igual naturaleza, que se llama *anafilaxis local pasiva invertida*.

Como resultado de sus extensos estudios, Opie siente

que cuando el antígeno y el anticuerpo específico correspondiente se ponen en contacto en el espesor de los tejidos, sobreviene en aquel sitio una reacción inflamatoria aguda. La combinación del antígeno y el anticuerpo, pues, actúa como un irritante inflamatorio local, y a este hecho se llama fenómeno de Arthus.

Creo es aquí donde encaja tratar de la doctrina de Besredka sobre la anafilaxia local. Besredka cree que hay en el organismo de los seres vivos superiores ciertos territorios o grupos de células especiales que tienen mayor grado de atracción y sensibilidad que otros para determinadas especies de microbios o de antígenos en general y que a esos tejidos o grupos celulares van con preferencia a obrar los antígenos correspondientes y a ocasionar las reacciones de anafilaxia o inmunidad local.

El Dr. Besredka, en la exageración de su teoría localista sobre la anafilaxia, llega hasta sostener que esa susceptibilidad mayor de ciertos territorios celulares a la influencia de los antígenos inmunizantes se debe a un estado de hipersensibilidad o anafilaxia innata, transmitida por herencia en el transcurso de las generaciones de cada especie. Esta anafilaxia innata según él, se transforma después, bajo la influencia de los antígenos, en un estado de antianafilaxia, que es la base de la consecutiva inmunidad.

Como ejemplo de la existencia de esos tejidos o territorios celulares que tienen atracción preferente por ciertos microbios, cita Besredka la sensibilidad especial que poseen las células de la piel para la bacteridia carbuncosa, y las de la mucosa intestinal para los gérmenes del cólera, de la disenteria y de la fiebre tifoidea, las cuales afinidades y atractivos hacen que, en el territorio celular de que se trate, se inicien con preferencia, bajo la influencia de dos antígenos correspondientes, la presentación de los fenómenos de anafilaxia, primero, y de inmunidad local y general, después.

El Dr. Besredka, como ilustre discípulo de Metchnikoff, es partidario de la doctrina fagocitaria en la explicación de la inmunidad, y da a la intervención de los anticuerpos específicos en la génesis de esta última un papel muy secundario.

El fundamento de toda inmunización es, para él, siempre el mismo: se basa sobre la impresión de las células receptoras apropiadas, que son las primeras atacadas por el antígeno, el cual hace que el primitivo estado de anafilaxia normal se convierta en una antianafilaxia o desensibilización, que es el secreto y fundamento de toda inmunidad.

De esta teoría localista se está hoy deduciendo la implantación de la llamada vacunoterapia local, que constituye, a mi ver, un progreso real en el tratamiento específico de las infecciones. Esta vacunoterapia local consiste en la aplicación de las vacunas precisamente en el sitio donde fué invadido el organismo por los microbios infectantes o en el lugar de los tejidos donde se localiza con preferencia la infección, fundándose en que ahí residen las células de mayor atracción y sensibilidad, que son las que crean más elementos defensivos contra la infección. Así, por ejemplo, una artritis gonocócica no debe recibir la vacuna en la articulación enferma, sino en la uretra, puerta de entrada y sitio preferente de la infección del gonococo. Y así en todas las demás infecciones.

ANAFILAXIA ALIMENTICIA

Un punto muy interesante, por su importancia práctica y por ser poco conocido de los médicos, es la anafilaxia

alimenticia. Hay muchos síndromes patológicos que son debidos a fenómenos de anafilaxia alimenticia ocasionados por la ingestión de sustancias cuyas proteínas tóxicas obran como antígenos anafilactógenos. Los síntomas de sensibilización a estas sustancias alimenticias pueden ser gastro-intestinales, respiratorios, cutáneos, oftálmicos o génito urinarios. Para hacer su diagnóstico se puede utilizar la inoculación cutánea o subcutánea de una proteína alimenticia específica, y ver si da o no reacción local positiva. El tratamiento de estos casos de anafilaxia alimenticia consiste: 1.º, en eliminar el contenido del tubo digestivo; 2.º, en la dieta, y 3.º, en la desensibilización orgánica. Esta última se tiene administrando cápsulas que contengan polvo de proteínas alimenticias antigénicas específicas, comenzando por dosis muy pequeñas de 10 miligramos tres veces al día, y aumentando poco a poco la dosis, hasta llegar a conseguir la tolerancia.

En casos de eczema, asma o trastornos gastro intestinales de los niños de pecho, sería suspendida por algún tiempo la leche de la madre y cualquier otra materia que tomase el niño, con lo cual suele obtenerse a veces una mejoría positiva, si se trata de una anafilaxia verdadera.

EL CHOQUE ANAFILÁCTICO

El llamado *shock* no es más que una reacción anafiláctica fulminante, explosiva, que interesa el organismo todo, y que a veces puede llegar en su gravedad hasta la muerte. El aspecto dramático y tumultuoso del acceso ha hecho que llame mucho la atención de los clínicos, en el uso, sobre todo, del suero antidiftérico. Suele acontecer el choque cuando, después de llevar algún tiempo de sensibilizado el individuo, se le inyecta una buena dosis de suero o de otra clase de antígeno cualquiera.

Las teorías usadas para explicar el choque anafiláctico son las mismas que sirven para la anafilaxia en general. Desde que fué rechazada, por insuficiente, la hipótesis de la vieja anafilatoxina, no se ha inventado ninguna doctrina que satisfaga completamente al espíritu. Al principio, el Dr. Dale supuso que la fibra muscular lisa era el asiento de una alteración en su equilibrio coloidal; pero esta explicación es también insuficiente. Las alteraciones del equilibrio coloidal serían, según Dale, la consecuencia de una precipitación producida en el interior de las células entre un anticuerpo, que es como una precipitina, y el antígeno, que se difunde en las células mismas.

Weil dice que se trata de una *descarga celular*, cuya concepción es todavía más vaga y teórica que la del desequilibrio coloidal de Dale.

Según Danysz, el choque anafiláctico no sería más que una indigestión intracelular o intravascular, resultante de una transformación incompleta del antígeno coloidal en cristaloides; pero esta concepción no concuerda con los caracteres de la reacción anafiláctica en los tejidos aislados.

Es bien concebible que una alteración del equilibrio coloidal intracelular pueda producir una intoxicación rápida, profunda, de las células, que explique por sí el choque anafiláctico agudo; pero, hoy por hoy, es preciso confesar que ninguna de las teorías inventadas es capaz de satisfacer por completo a la razón.

NUEVA TEORÍA QUÍMICA DE LA ANAFILAXIA POR LA ACCIÓN DE LA HISTAMINA

El Dr. Dale, en unas conferencias dadas recientemente en el Real Colegio de Médicos de Londres, sobre los factores químicos de la circulación capilar de la sangre,

ha evidenciado que, así como la circulación cardíaca tiene una innervación constrictora y dilatadora, establecidas por el influjo del pneumogástrico y del simpático, la circulación capilar se rige independientemente por la influencia de dos clases de hormonas: unas que ejercen acción constrictora y otras un efecto dilatador sobre los capilares, y que, combinándose entre sí, constituyen el sistema dinámico vasomotor. Pues bien, se ha demostrado que las hormonas vasoconstrictoras son la adrenalina, procedente de la glándula suprarrenal, y la vasopresina, principio vasomotor procedente de la glándula pituitaria, y que las hormonas vaso dilatadoras provienen del hígado y están principalmente representadas por la *histamina*, que es, según Dale, la que explica los fenómenos anafilácticos, admitiendo que obra como una verdadera anafilatoxina.

La doctrina clásica sobre anafilaxia explicaba, como hemos dicho, los fenómenos del *shock* por la acción digestiva de la dosis reinyectada del antígeno sobre el anticuerpo formado antes en la sangre, por virtud de la primera dosis antigénica inyectada; de cuya digestión provenía una sustancia tóxica específica, que, por desdoblamiento o desintegración del anticuerpo, ocasionaba los fenómenos anafilácticos, particulares a cada especie zoológica. La observación de que las inyecciones de histamina daban lugar a síndromes sintomáticos semejantes a los de la anafilaxia y la circunstancia curiosísima de que esos síndromes coincidieran con el carácter diferencial que presentan en cada especie zoológica, dieron al Dr. Dale base a suponer que la sustancia química que, en último término, ocasiona en el organismo los síntomas anafilácticos es la histamina, la cual se produce en las células mediante una digestión del anticuerpo, debida a la acción del antígeno reinyectado.

La prueba mayor de esta teoría la ha encontrado el Dr. Dale en el mecanismo de la anafilaxia local, que parte del principio de que la reacción anafiláctica no se debe a la formación de un veneno en la sangre, sino que dicha reacción tiene lugar entre el antígeno y el anticuerpo, dentro del protoplasma de las células mismas. Fundándose en este principio, el Dr. Lewis observó que una reacción anafiláctica local provocada en la piel humana presentaba una lesión en los vasos capilares dilatados, semejante a la ocasionada por la acción directa de la histamina, que es, a juicio del autor, un veneno formado por la acción del antígeno sobre el anticuerpo en el protoplasma de las células sensibilizadas.

Semejante concepción de la anafilaxia parece explicar mejor que ninguna otra el hecho curioso que en cada especie animal precisamente, sólo aquellas células aparentemente sensibles al antígeno extraño y que reaccionan después de su reinyección son las que normalmente tienen una especial sensibilidad para la histamina en la misma especie. O, lo que es lo mismo: que sólo aquellas células que en cada especie son naturalmente sensibles a la histamina son precisamente las únicas capaces de reacción anafiláctica. Así, pues, la reacción que tiene lugar dentro de las células da origen a la formación de la histamina, y ésta a la anafilaxia. Según esto, la nueva histamina es equivalente a la antigua anafilatoxina, sin más diferencia que, en lugar de formarse en la sangre, se origina en las células.

No diremos nosotros que esta teoría deba ser aceptada sin discusión, y que, hecha una crítica severa de su postulado, no se pueda encontrar en ella algo inaceptable a la razón; pero es seguro que en esa orientación de la combinación de las hormonas antigénicas con las de los anti-

cuerpos específicos dentro de las células está el secreto de la anafilaxia, sea por la formación de histamina propiamente dicha, como cree Dale, sea por la génesis de otras sustancias tóxicas diferentes que, difundidas por el total organismo, dan lugar a los fenómenos anafilácticos.

(Continuará.)

Sobre los casos de enfermedad de los loros ocurridos en Berlín y el estado actual de la investigación sobre la psittakosis

POR EL

DR. G. ELKELES

Director de la Oficina de Investigaciones Higiénicas y Bacteriológicas del Oeste de Berlín-Charlottenburgo.

La existencia de la enfermedad de los loros está todavía rodeada de sombras. De un número ya grande de observaciones anteriores y recientes se ha deducido que, en una relación temporal con la introducción de loros en las casas, se presentaban en las personas que con ellos tenían relación o permanecían en las habitaciones donde aquéllos estaban, enfermedades. En los casos de los cuales se ha tenido conocimiento, casi siempre, pero no siempre, los loros estaban manifestamente enfermos. Por eso hay que admitir estados de enfermedad latente y portadores de virus como el origen de algunos casos de enfermedad; no se sabe cuánto tiempo antes de la explosión de la enfermedad o de la cesación de los síntomas de ésta es infeccioso el animal. Los signos de enfermedad en el animal son, aparte de su aspecto y su comportamiento general, ante todo, diarreas profusas; sin embargo, falta todavía una fina observación que señale los síntomas característicos. El contagio del virus del animal al hombre tiene lugar no sólo por contacto directo, sino también por el aire, mucho más cuanto el animal, por sus gestos, saliva y agitación de las alas, es capaz de extender ampliamente el virus en la habitación donde se encuentre.

Si se prescinde de un caso que ha continuado obscuro, observado hace medio año en el Hospital de San Jorge, de Hamburgo, los casos graves observados en la familia de un conocido geólogo berlinés a fines del mes de Noviembre del 1929, fueron los primeros conocidos de la enfermedad de los loros después de la epidemia de Zulpicher (1909), entre los ocurridos en Alemania. El geólogo trajo de un viaje por el hecho al Brasil, en la zona superior del Amazonas, dos loros de cabeza azul del Amazonas, y dos cacatúas. Los animales estuvieron en el barco en una jaula-estufa y al cuidado del jardinero del barco. En este local pequeño el jardinero metió otros cuatro loros suyos, de los cuales vendió dos a un comerciante de Lisboa y otros dos a un comerciante de Hamburgo. De los animales dejados en Lisboa no se sabe nada. Los animales vendidos en Hamburgo fallecieron pocos días después de diarrea; en el comercio hamburgués, formado sólo por un hombre y una mujer, no se observó ningún contagio. El poseedor del negocio hamburgués se dedica a la cría de pájaros; tiene su propia pajarera, pero en otro lugar de la ciudad.

El geólogo se entretuvo en el barco muchos ratos con sus cuatro pájaros durante su viaje de vuelta. Después de su regreso llevó los dos loros a su casa y dió los otros dos a un conocido, quien a su vez conservó uno y dió (R)

el otro. De los animales, tres estuvieron gravemente enfermos y fallecieron; el últimamente aludido (R) no ofreció, seguramente, signo de enfermedad. En la casa del geólogo enfermaron, una o dos semanas después del regreso, él mismo, su mujer, sus hijas mayor y más pequeña, un estudiante asiduo de la casa, la doncella, la modista de la casa: que todos estaban en contacto con los animales. Sólo evitó la infección su hija de diez y siete años, aunque, como todos los demás, había estado en íntimo contacto con los animales. También enfermó el amigo del geólogo, que vivía solo (el que recibió los otros dos pájaros). En la familia que recibió el papagayo (R), que no enfermó, no hubo ningún infectado entre los que estuvieron en relación con este animal.

La sintomatología de todos los enfermos fué análoga, aunque varió en la gravedad de su curso y correspondió a la enfermedad descrita con el nombre de enfermedad de los papagayos, es decir, hubo una enfermedad general con fiebre y graves manifestaciones cerebrales, gran debilidad vascular y además pneumonia «atípica sin esputos».

No entraremos en las singularidades señaladas por otros autores. El geólogo y la modista murieron; la señora del geólogo, el amigo y el estudiante, y sobre todo las dos primeras, enfermaron gravísimamente y estuvieron en peligro de perder la vida; después de larga convalecencia, curaron. Las hijas y la doncella estuvieron ligeramente enfermas.

Poco después se refirió otro caso. Un matrimonio que vivía solo compró a fines de Noviembre un loro; ocho o diez días después enfermaron ambos con fiebre alta y neumonía atípica; ambos fueron llevados al hospital. Los loros fueron llevados entonces a otro domicilio de la misma casa y piso de unos hermanos, de los cuales uno vivía con su mujer, su hijo y su nuera. Ocho o diez días después los hermanos y su mujer enfermaron con la enfermedad típica ya descrita, y fueron trasladados al hospital. Los dos hermanos murieron; la mujer resistió después de pasar una infección de mediana gravedad. Instruida por los periódicos, la nuera llevó el loro, aunque parecía sano, a la Escuela Superior de Veterinaria (aunque hay que declarar que no fué estudiado con mucha atención). Su marido (el hijo del segundo hermano muerto), después de arrastrar durante diez días fiebre con quebrantamiento general, se tuvo que meter en la cama diez días después de sacado el pájaro de la casa. El y su mujer, que tan poco se encontraba bien y había sufrido una ligera faringitis, fueron transportados dos días después, para su mejor observación, al hospital. El hombre tiene hoy fiebre alta y los primeros signos de una pulmonía.

Además de estos casos se han observado durante este intermedio, otros focos de enfermedad, en los cuales la dependencia epidemiológica y la imagen sintomática coinciden con lo descrito. No insistiremos, por lo tanto, en este punto.

En los enfermos procedentes de los dos focos descritos, como en los que han sido estudiados de otros focos, se hicieron en gran número, exámenes bacteriológicos de raspados faríngeos, de úlceras linguales, de placas, en las cuales se recogía la tos, de esputos, de sangre, de heces y de orina, preparando para ello los más variados medios de cultivo y dispositivos para aerobios, anaerobios, para el desarrollo en medio de ácido carbónico, etc., etc... También se hicieron detenidos exámenes serológicos. Se extendieron a los gérmenes de la fiebre tifoidea, a los paratífus, incluido el germen de Nocard, al bacilo—X—19, y a

El mejor apósito gástrico

KAOLINASE

Kaolín purificado en polvo fino muy adherente.

(La caja de 20 dosis de 10 gramos, 5 pesetas.)

SUPERIOR AL BISMUTO — 8 VECES MAS BARATO

PARA EL TRATAMIENTO DE TODAS LAS

Gastritis dolorosas.

(Hiperclorhidria, úlceras, fermentaciones, colitis, etc.)

ALIVIO INMEDIATO — INOCUIDAD ABSOLUTA

Muestras:

LABORATORIO TIÓ, Torrente de las Flores, 73. — BARCELONA

Tratamiento de la AEROFAGIA y sus consecuencias:

Insomnios.

Desórdenes cardíacos,
nerviosos y pulmonares

por los comprimidos de

aérophagyl

Posología: Un comprimido desleído en medio
vaso de agua entre las comidas.

En casos de crisis, dos comprimidos a la vez.

La mitad de las dosis para los niños.

Caja de 45 comprimidos, 6 pesetas.

Pidanse muestras a: **LABORATORIO TIO.**—Torrente de las Flores, 73.—BARCELONA

Espiroquetosis: Sífilis, pian, bronquitis sangrienta de Castellani.

Asociaciones fusospirilares: Angina de Vincent.

Disentería amibiana, Lambliosis y Protozoosis intestinales en general.

Sífilis hereditaria precoz.

Piorrea alveolar.

Paludismo debido al plasmodium vivax.

Tratamiento por vía bucal

por el

STOVARSOL

(Acido oxilacetil-amino-fenil-arsénico.)

PRESENTACIÓN EN EL COMERCIO:

El **STOVARSOL** se encuentra:

- Para los **adultos**: en frascos de 28 comprimidos dosificados a 25 centigramos de substancia activa por comprimido.
- Para la **terapéutica infantil**: en frascos de 200 comprimidos dosificados a un centigramo de substancia activa por comprimido.
- Para el tratamiento por vía intravenosa (tratamiento de la parálisis general) expendemos el **Stovarsol sódico** en tubos de 50 centigramos, un gramo y 1,50 gramos para disolver en c. s. de agua bidestilada y esterilizada.

LITERATURA A PETICIÓN

LES ETABLISSEMENTS POULENC FRÈRES

Sociedad Anónima. — Capital: 80 millones de francos.

86 & 92, Rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3°).

Agente general para España: J. COLL. — Córcega, 269. — BARCELONA

QUIMIOTERAPIA DE LAS INFECCIONES

Infecciones
crónicas

iodo BENZO MÉTHYL FORMINE
IODASEPTINE
CORTIAL

Ampollas (8 á 20 c. c. por día).

Gotas (20 á 100 por día).

Comprimidos (1 á 4 por día).

TUBERCULOSIS PULMONAR de evolución lenta.

(2 á 5 c. c. por día.)

Acción electiva sobre el bacilo de Koch.
Regresión de la fiebre.
Mejoría del estado pulmonar.

REUMATISMOS DEFORMANTES, Tuberculosos, Gotosos, etc. — Ciática.

Numerosas comunicaciones y referencias.

PIRESIA

Infecciones
agudas.

DI-FORMINE- IODO-BENZOMÉTHYLÉE

SEPTICEMINE
CORTIAL

Ampollas 4 c. c.

1 á 4 por día.

Quirúrgicas, Puerperales, Intestinales, Piógenas,
Gripales, Broncopneumonía, Encefalitis, Erisipela.

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

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

Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona.

los gérmenes procedentes del hombre y de los animales. A este estudio en vivo se añadió el de las tres autopsias de los enfermos fallecidos, de los cuales además de los exámenes de la sangre y de todos los órganos interiores, el del contenido de la vejiga y del intestino, de las glándulas, de la medula ósea y de la musculatura. El examen se hizo preferentemente en la dirección de los gérmenes que más abajo se dirá y en la de un virus todavía no conocido. De todo este material se extrajeron numerosos gérmenes; pero no se logró ninguna conclusión que pudiera considerarse interesante desde el punto de vista etiológico. Tampoco han resultado interesantes, desde este punto de vista, los estudios histológicos hechos por los señores Walkhoff y Dusch.

No pudieron encontrarse loros en estado de enfermedad. De los animales del geólogo investigados, uno ya estaba completamente podrido; de los órganos sólo pudo conseguirse un proteus. El otro animal (R.) que pudimos examinar, así como de los otros animales del segundo foco, no estaban enfermos y no ofrecían macroscópicamente ninguna alteración. La investigación histológica no ha terminado todavía. Las investigaciones bacteriológicas, y también las serológicas, han resultado completamente negativas.

Hay dos doctrinas fundamentales que tratan de explicar en la literatura la enfermedad de los papagayos. La una considera como causante al bacilo de Nocard, la otra al estreptococo encontrado por Selter. Sin embargo, ninguna de estas dos teorías cuenta con fuerzas persuasivas. Nocard, que en 1892 encontró el bacilo que bautizó con el nombre de bacilo de la psittacosis, hizo notar que en el reino animal este bacilo era una excepción. Hoy sabemos que este bacilo de Nocard, que en todas sus propiedades coincide con el *Bact. paratyposum enteritidis* Breslau, y que, por lo tanto, no necesita de un nombre propio y especial es causante de infecciones generales en todo el reino animal, donde está extraordinariamente extendido. El más conocido es el bacilo tífico de los ratones, un descendiente del bacilo de Breslau, que muchas veces origina epidemias extensas entre los ratones grises, y por ello se ha empleado prácticamente para combatir la plaga de los ratones y ha sido utilizado por Webster y Topley en grandes cantidades para hacer estudios de epidemiología. Del mismo modo que se han encontrado bacterias paratíficas en los gatos, terneras, vacas, ovejas, caballos y cerdos, se han hallado bacterias de este grupo en el mundo de los pájaros. También en las aves actúan como causantes de enfermedades, según afirma Pfeiler, después de reconocerlas en numerosas especies. Especialmente en los animales traídos de países meridionales, las malas condiciones de los transportes y el cambio de clima favorecen la acción patógena de gérmenes de esta clase.

Parece que es un hecho la presencia del bacilo de Nocard en los loros, según demostró primero el mismo Nocard y después Gilbert y Fournier. Thonson, en 1928, parece que ha visto el mismo bacilo en un papagayo. Según informes de la prensa, el Dr. Santillan ha encontrado el bacilo en un papagayo en los casos más recientes de enfermedad de los loros en la Argentina. Yo mismo, en mis estudios sobre psittacosis hechos en Diciembre de 1929, he encontrado el bacilo en un papagayo traído de Pernambuco que, inmediatamente después de llegar, enfermó. En un contacto inmediato, preferentemente con los excrementos del animal, no puede excluirse la posibilidad, en circunstancias particularmente favorables para la infección, que pueda transmitirse al hombre una enfer-

medad tifoenterítica. Thonson parece haber observado un caso de esta naturaleza.

Otra cuestión es saber si la enfermedad que transcurre con los síntomas de una infección general grave y ofrece además una neumonía atípica, es decir, si la llamada enfermedad de los loros del hombre es producida por esta infección de bacilos de enteritis paratífica. Bachen, Selter y Finkler, ya en 1910 dijeron que no había nada que lo probara, pues con una excepción ocurrida en 1896, en que Gilbert y Fournier encontraron en la sangre del corazón de un papagayo muerto un bacilo análogo al de Nocard, este bacilo, hasta el año 1929 no ha vuelto a ser visto en una enfermedad de esta clase, aun que muchos casos han sido estudiados con el mayor detenimiento, examinándolos de manera completísima en vida y después de muertos. Lo mismo puedo repetir de mis casos, estudiados con gran minuciosidad, y puedo afirmar la exclusión de la infección por el bacilo de Nocard. Esto corresponde también a nuestro conocimiento actual del paratífus y de las gastroenteritis paratíficas, en las cuales es desconocida una sintomatología como la de la enfermedad de los papagayos, que además no podía explicarse en vista de los constantes resultados negativos de todos los análisis intraviales y postmortem, tanto bacteriológicos como serológicos. Si los casos de Berlín que yo he estudiado son de una enfermedad de los papagayos contagiada al hombre, es evidente que su causante no es el bacilo de Nocard, a menos que no haya una forma invisible de este germen, lo que hoy no se sabe.

El segundo intento de esclarecimiento de Selter de la sintomatología de la psittacosis se refiere a la neumonía de los enfermos de psittacosis. Bachen, Selter y Finkler, en la epidemia de Zülpicher de 1909, recordaron la sintomatología de la neumonía por estreptococos ya descrita por Finkler. En confirmación de esta hipótesis, Selter, en un enfermo hizo una punción pulmonar poco antes de morir, y en la espuma pulmonar aspirada recogió estreptococos en cultivo puro. En la autopsia se encontraron además otros gérmenes en el pulmón.

Al parecer, el mismo estreptococo fué encontrado con otros gérmenes en los pocos esputos de otro caso. Como Selter, en un loro que fué muerto dos días antes, en aparente estado de salud, pero que había vivido en la familia enferma, encontró, al mismo tiempo que bacterias de la putrefacción, estreptococos, aceptó que estos estreptococos eran los causantes de la psittacosis en el animal y en el hombre. Después, en otros enfermos se encontraron, al mismo tiempo que otras bacterias, estreptococos que parecen análogos a los anteriores. Crecen con mucha lentitud y su capacidad vital es muy reducida. Pero no se ha logrado probar la identidad de esas razas entre sí y con la procedente de los loros. Tampoco han resultado eficaces los ensayos de vacunación en los papagayos.

Así, pues, no pudo darse una prueba de la significación etiológica de estos estreptococos, y según nuestros conocimientos actuales sobre los datos bacteriológicos en la neumonía, debemos dudar en la adjudicación a los estreptococos de un papel particular. Según mi experiencia en los casos de Berlín, puedo añadir que en los diferentes enfermos he podido encontrar varias bacterias, pero no he podido hallar ningún dato que me permita atribuirles ninguna significación etiológica.

Hay, pues, que confesar que las explicaciones actuales sobre la causa de esta enfermedad no convencen, y que sobre el agente etiológico de la enfermedad de los papagayos hoy nada hay seguro. Hay, pues, que reno-

novar la investigación sobre la naturaleza de la enfermedad y su etiología.

Los casos observados en Dublin y en otros puntos de Alemania se encuentran en relación con la enfermedad de los loros de la Argentina, que fué descrita en Octubre de 1929. Los papagayos enfermos fueron llevados a la Argentina en un barco desde el Brasil, destinados a un comercio de aves. Con la abundante introducción de loros y papagayos, procedentes de esos países, hay con mucha frecuencia animales enfermos en posesión de comerciantes zoológicos, y desde éstos van, sobre todo en las proximidades de Nochebuena, a las casas de toda la población.

Las medidas que se apliquen para combatir la enfermedad deben ser planeadas con gran mesura para que se hallen en equilibrio con el peligro que todavía pueda subsistir. Después de cuanto se ha dicho sobre el riesgo de la introducción de loros y papagayos, no es de creer que se introduzcan éstos durante los próximos meses en los hogares. Con ello morirán, entretanto, los animales que hoy se encuentran en poder de los comerciantes o sanarán y se perderá el virus de la enfermedad. Parece necesaria la adopción de medidas que limiten la entrada de estos pájaros exóticos. Esta limitación hacia afuera, unida a la limitación de la venta para el interior, con la obligada mención de la procedencia y tiempo que está en el país cada animal, impedirá con seguridad la extensión de la enfermedad. Hay también que incluir la enfermedad de los loros, y sobre todo la enfermedad de los loros del hombre, en la lista de plagas de declaración obligatoria en la Higiene internacional, pues así podremos evitar en lo futuro epidemias como las sufridas hasta hoy.

*
*
*

En el *Journal of the American Medical Association*, núm. 3 del 1930, se refiere la presencia de psittacosis con dos muertes en Buenos Aires. Se han declarado otros casos en los Estados Unidos y en otros países, que varían desde veintiocho casos con cinco muertes en Hamburgo (Alemania), a un solo caso en otras ciudades. Se refirieron seis casos en Nueva York y Yonkers; varios casos con una muerte en Toledo. Tres casos en Warren, Ohio, y un caso de Freeport, Pa. El cirujano general Cumming ha señalado al Dr. Charles Armstrong como epidemiologista de amplia experiencia para conducir las investigaciones de los casos individuales y perseguir su mecanismo de infección hasta llegar a su origen, que ha sido referido en casi todos los casos a la relación con loros recién importados. En la epidemia de psittacosis de París en 1892, que causó 49 atacados y 16 muertes, los loros que llevaron la infección procedían de Sudamérica. La enfermedad es atribuida a un organismo, *Bacillus psittacosis* o *Bacillus aertrycke*, pero hay dudas sobre si este organismo es realmente la causa de la neumonía transmitida por los loros. Algunos investigadores, dice Jortan, la atribuyen a una variedad especial de estreptococos. El *Bacillus psittacosis* se parece mucho a los *Bacillus paratyphosis*, *Bacillus suispestifer* y al bacilo de la tifoidea de los ratones (*B. typhimurium*). La enfermedad es, esencialmente, una curiosidad médica y no debe ocasionar gran alarma en el público de los Estados Unidos. En cuanto a los síntomas, parecen los de una enfermedad infecciosa; la identificación de la enfermedad radica en el aislamiento del organismo específico en el enfermo y en el loro sospechoso. La presencia de casos en puntos tan separados entre sí, sugiere de nuevo la reflexión que ya no es posible a una persona o

país vivir aislada mente, y que el médico debe pensar siempre ante cada caso en la posibilidad de alteraciones o enfermedades raras.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

RESULTADOS DE VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA CON LA B. C. G. EN 273 NIÑOS, por el Dr. Enrique Sufier Ordóñez. Folleto de 59 páginas.

El Dr. Sufier hace en este folleto un estudio estadístico y crítico de la vacuna B. C. G., empleada por él y por sus colaboradores en 273 niños estudiados durante dos años. Yo he leído con detenimiento el trabajo del Dr. Sufier, y le encuentro muy interesante. Según lo observado por el autor, desciende la mortalidad general en los niños vacunados con la B. C. G. Dice textualmente que: «Del examen de todos estos hechos se deduce una conclusión muy trascendente. En la morbosidad, así como en la mortalidad de los niños vacunados con la B. C. G. influyen poderosamente las afecciones de la nutrición y del aparato digestivo, y en la frecuencia de las mismas, la vigilancia, régimen y, por tanto, la asistencia o no asistencia asidua a los centros médicos donde se aconseja la higiene y se remedian estos males». Preguntándose Sufier la razón de por qué en el grupo de los vacunados la mortalidad de los niños que no asisten a los centros médicos es mayor, se contesta que ello significa una nula actuación de la vacuna y la influencia decisiva del cuidado de estos niños desde que nacen. Agrega el profesor de Pediatría que la llamada obra de Grancher queda en pie. Yo creo que Sufier tiene razón, y que en cuestión de inmunidad antituberculosa estamos metidos en un callejón sin salida y se impone el seguir rutas nuevas.

VALDÉS LAMBEA.

SÉMIOLOGIE DES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX, por J. Dejerine. Un tomo en 4.º de 1.219 páginas, segunda tirada de la edición de 1914. Masson et Cie., París.

La obra de Dejerine, ya clásica, ha de figurar necesariamente en la biblioteca del especialista; pero agotadas las ediciones, se han visto los editores en la precisión de reimprimirla, después de haberse informado cerca de los más eminentes neurólogos de que es una irreemplazable obra científica. Esta edición es integral, conforme a la obra original, sin supresiones ni aumentos, habiéndose modificado tan sólo el índice alfabético para facilitar el estudio de las materias.

A. V. N.

PERIODICOS MEDICOS

Parasitología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Notas hematológicas y serológicas sobre la leishmaniosis tegumentaria americana, por los Dres. G. Mazza y F. Niño.—Ni por cultivo en el medio N. N. N. y de Poncelle con sueros humano y de conejo, ni por examen de gotas gruesas, han puesto de relieve los autores la presencia de leishmaniosis en la circulación general de enfermos de leishmaniosis tegumentaria americana.

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

Fórmula: Yodoyoduro de potasio y hamamelidina

A/D



IODAMÉLIS

Específico cardio-vascular total

en los

**Arterio-Esclerosicos
uricemicos
Hyperviscosos**

en los

**Hypertensos venosos
cyanoticos
Varicosos**

XXV gotas de Iodamélis
en las dos comidas, diluidas en un poco de agua bicarbonatada

LABORATOIRES J. LOGEALIS 22 bis RUE DE SILLY BOULOGNE S/SEINE

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

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 Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX,** etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALECENCIAS

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.

ESTOMAGO

SAL
DE

H U N T

GRANULADA FRIABLE

Regulador normal de la acidez gástrica.
Apósito calmante de la mucosa estomacal.

HYPERCHLORHYDRIA,
GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS

Acción cierta. — Uso práctico. — Inocuidad absoluta.

LABORATORIO ALPH. BRUNOT, 16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

Muestras y literatura: JUAN MARTÍN, Alcalá, 9. — MADRID

En la fórmula leucocitaria de la sangre periférica de estos mismos pacientes predominan hasta 41 por 100 los elementos mononucleares y de ellos 38 por 100 son linfocitos, siendo esta mononucleosis aun mayor en la sangre perifocal donde la cifra llega al 48 por 100, con 45 por 100 de ellos linfocitos.

Existe una eosinofilia moderada, en término medio de 6 por 100, en la sangre periférica de los leishmaniosos y que es de igual grado que la que se comprueba en sangre perifocal y nunca es tan pronunciada como la que se ve en frotis de la lesión ulcerosa misma.

La reacción de Wassermann, con raras excepciones se ha mostrado negativa en los casos de leishmaniosis puras. No se ha producido la reacción de Brahmachari en los sueros de estos enfermos, ni tienen aplicación diagnóstica o de simple interés biológico los resultados obtenidos sobre ellos con la reacción llamada de Napier. (*La Pres. Méd. Argen.*, 10 de Junio de 1929.)

Oftalmología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Tratamiento general de la sífilis en sus relaciones con la oftalmología, por el Dr. J. Pallarés.**—Resume su trabajo en los siguientes términos: El ojo es un órgano muy delicado, que la sífilis frecuentemente ataca. La enfermedad, en líneas generales, responde al tratamiento, y bien vale la pena tratándose del máspreciado sentido del hombre, del que le relaciona cual ninguno con el mundo exterior, del que le aporta con sus impresiones, alegría y tristeza, cólera y terror; de aquél que recoge en un momento dado la impresión profunda que quizás no se borre en la vida. De ese sentido al fin, que al perderse en un semejante nuestro, llama a compasión y ternura a todo ser humano en cuyo corazón palpita una sola fibra. Bien vale la pena—decimos—que en su honor el oftalmólogo rompa viejos moldes y haga, frente a uno de estos enfermos, una terapéutica racional y no una terapéutica empírica. (*Levante Médico*, Junio 1929.)

Medicina interna

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Autohematoterapia, por Hühsan.**—En la autohematoterapia hay que diferenciar dos medios de acción diferentes. Existe una acción específica y otra no específica.

La acción específica se refiere a la ejercida por los anticuerpos formados en los primeros días de enfermedad, y capaces de provocar por medio de pseudoglobulinas una inmunización pasiva.

La otra acción de la autohematoterapia, o sea la no específica, es igual a la producida por la proteinoterapia, coloidoterapia, etc.

La autohematoterapia actúa sobre el sistema nervioso como excitante, pero su acción es muy diferente de unos individuos a otros, pues al lado de individuos en los que sólo observamos un pequeño estímulo o a veces nada, encontramos, aun cuando muy rara vez, otras personas en que la inyección de su sangre les produce un shock.

La acción sobre los nervios motores gastrointestinales es muy evidente, hasta el punto de haber observado diarrea por la excitación producida por la autohematoterapia sobre estos enfermos, en los estreñidos crónicos.

Tenikaff piensa que los rayos X y la autohematoterapia tienen una acción muy semejante, indiscutiblemente diferente en intensidad, pero se observa una acción muy seme-

jante sobre las lesiones bacterianas e inflamatorias de los rayos X y de la autohematoterapia.

Existen dos métodos diferentes de autohematoterapia: uno es la autotrasfusión, el otro es la autohematoterapia propiamente dicha.

La primera consiste en inyectar sangre del enfermo que anteriormente perdió a causa de alguna hemorragia, por ejemplo, la sangre perdida en intervención quirúrgica, en un parto, etc.

La forma de inyección es variable, puede o bien inyectarse sin modificar, intramuscular o subcutánea, o bien, y este método es el mejor, modificándola por la adición de una solución de citrato de sosa al 3 por 1.000, añadiendo para una parte de esta sangre con citrato 9 de suero fisiológico e inyectando muy lentamente esta solución.

La autohematoterapia propiamente dicha puede hacerse de tres formas diferentes: primera, por inyección local (forunculosis), por inyección intravenosa, o por intramuscular o subcutánea.

Para hacer la autohematoterapia por vía intravenosa debe, después de extraída la sangre con toda asepsia, desfibrinarla e inyectarla con la mayor rapidez posible. Es muy necesario la rapidez para que aparezcan los síntomas de palpitaciones, mareos, náuseas, dolor de cabeza, síntomas ciertos de que hubo una reacción del sistema nervioso negativo.

La dosis empleada es la siguiente: se comienza por 2 c. c. de sangre desfibrinada y se inyecta sucesivamente 1 c. c. diario más hasta llegar a 12, donde se mantiene unos días. En los casos en que la reacción fuese muy fuerte, se repite al día siguiente la dosis anterior.

La técnica local e intramuscular son sencillas y, por tanto, innecesaria toda explicación.

Muchas son las enfermedades tratadas por autohematoterapia, mastitis, bertolitis, reumatismos, sífilis, tuberculosis, fiebre de Malta, paludismo, gonococia, etc...

En la forunculosis y otras enfermedades locales se emplea localmente, en inyecciones subcutáneas, la sangre del paciente.

En la sífilis y gonococia se ha abandonado la autohematoterapia por considerarla ineficaz. En la tuberculosis pulmonar se sigue empleando, aun cuando no en enfermos cavitarios, con resultados halagüeños.

De todos es sabido que las inyecciones locales, rodeando un foco de fractura, facilitan la formación del callo.

También se ha empleado como hemostático en inyecciones intramusculares en caso de hemorragia de estómago.

En muchas varices se emplean las inyecciones superficiales rodeando a éstas para evitar las necrosis de la piel. (*Zeitsch. ärztlic. Fortbildung*, núm. 9, 1929).—DR. LAPOULIDE.

2. **Acción hormonal y contenido en yodo, por H. Krestmair.**—El autor, haciendo diferentes investigaciones en cobayas para determinar la acción de los diferentes preparados de tiroides y la relación de esta acción con el contenido en yodo, llega a la conclusión de que la acción de un preparado tiroideo no es proporcional a su contenido en yodo, y ha podido observar que hay preparados cuyo efecto, a pesar de su baja cantidad de yodo, es de mayor eficacia que aquéllos de gran contenido de yodo.

Sin embargo, existe un límite de contenido en yodo debajo del cual el preparado tiroideo es completamente ineficaz.

De estas deducciones el autor cree se debe hacer una prueba biológica de preparado antes de usarlo para poder tener un concepto fijo de la acción que obtendremos con él. (*Endokrinol.*, Ba., 4, Vr. 5).—DR. LAPOULIDE.

Terapéutica

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Recientes adquisiciones farmacológicas y terapéuticas en el grupo de los medicamentos digitálicos de reemplazo, por el profesor Mexier.— En este documentado trabajo, consagrado a la escila, al muguet y el adonis, el profesor agregado Mexier pasa revista a los diferentes trabajos clínicos publicados sobre el adoverne, tanto en Francia como en los restantes países, llegando a la conclusión de que el mencionado medicamento es de una gran eficacia sobre el corazón por su constancia terapéutica.

Este medicamento refleja una energía terapéutica muy activa, en la cual cada uno de sus componentes (adonidosida y adonivernosina) aporta un beneficioso correctivo a las insuficientes propiedades del otro. La adonidosida aumenta la rapidez de acción del medicamento. La adonivernosina aumenta la duración e intensidad de la mencionada acción.

En el tratamiento de las cardiopatías en que está justificado el empleo de la digitalina, la adoverne proporciona excelentes resultados. Al propio tiempo posee indicaciones por sí mismo, estándolo más particularmente en los tratamientos de larga duración, en los trastornos de hiposistolia, en los enfermos hipersensibles a la digitalina o refractarios a este medicamento, y gracias a su acción diurética intensa, en las afecciones cardíacas no compensadas, con grandes edemas. (*Bull. Med.*, París, 1929, núm. 15.)—J.

Dermatología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El hidroadenoma verrugoso fistulovegetante. Contribución al estudio de las malformaciones y estados precancerosos de la piel, por P. Planteveis.— El hidroadenoma verrugoso fistulovegetante de la piel es una malformación que se constituye durante la vida intrauterina o durante los primeros años de la vida, y que puede sufrir una transformación maligna.

Está constituido de excrecencias de volumen variable, diseminadas o formando grupo, que tienen la apariencia de un papiloma más o menos extendido.

Esta lesión no tiene un aspecto clínico constante. Varía en su localización, número de sus elementos, dimensiones, repartición lineal o regional, etc.

Anatómicamente su carácter esencial es la presencia de formaciones sudoríparas más o menos quísticas, ya dependientes de forma polipoide, ya abriéndose directamente en la superficie epidérmica, o por medio de un trayecto fistuloso.

De los 25 casos reunidos por el autor, 14 habían aparecido en el momento del nacimiento. Se trataba, por lo tanto, de una malformación congénita. Su transformación maligna se efectuó en un caso de Hedinger bajo la forma de proliferación maligna mixta, a la vez epidermoide y basocelular del papiloma inicial. En otro caso de Glynn, se efectuó solamente en las vegetaciones papilíferas del segmento profundo.

Los conocimientos embriológicos sobre el desenvolvimiento de las glándulas sudoríparas, y en particular de la mamila, dan luz a la significación morfológica de los microquistes iniciales de la malformación. A continuación, los estadios sucesivos de su crecimiento alteran progresivamente su morfología sudorípara al propio tiempo que se efectúa en el dermis una infiltración de elementos linfocelulares, la cual es constante, y a veces tan marcada, que puede dar la impresión de un granuloma.

La terapéutica por la escisión será lo suficientemente amplia si se quieren evitar las recidivas. (Tesis de París, 1929. A Legrand ed Paris.)—Tomé.

Cirugía

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Oclusión postoperatoria por peritonitis adhesiva en el curso de la apendicitis aguda, por el Dr. C. Víctor Armand Ugón.— La oclusión intestinal puede observarse en cuatro períodos distintos en el curso de la apendicitis aguda y de su tratamiento quirúrgico:

1.º Puede ser primitiva y contemporánea del ataque apendicular. En estos casos, a la apendicectomía hay que agregar la inspección y liberación de la última ansa ileal, lo que exige una buena visibilidad con incisiones verticales, requeridas, por otra parte, por la localización pelviana o mesocélica del apéndice, frecuente en estos casos.

2.º La oclusión puede ser precoz en el postoperatorio, antes de que se hubiere restablecido el tránsito intestinal. Puede ser puramente dinámica, o tratarse de un flego combinado. En este último caso, casi siempre será una apendicitis oclusiva que no se ha tratado correctamente, o que, el temor de diseminación infecciosa, ha hecho respetar adherencias que fijaban la última ansa ileal.

3.º La oclusión postoperatoria puede ser retardada y aparecer cuando los fenómenos infecciosos han retrocedido y cuando ya se había regularizado el tránsito intestinal. Responde prácticamente a dos variedades: a) oclusión por brida, y b) oclusión por peritonitis adhesiva.

4.º Por último, la oclusión puede ser tardía, y sobrevenir en enfermos ya curados de todo empuje inflamatorio, que se trate de enfermos no operados, lo que es raro, o de enfermos operados, lo que es más frecuente. (*An. de la Facultad de Medicina de Montevideo*, Marzo 1929.)

Aparato digestivo

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Gastrotometría, por el Dr. Alberto Maggi.— La gastrotometría de Gaultier es un nuevo método semiológico de examen gástrico que aporta una serie de datos que con provecho se suman a los suministrados por los otros medios de investigación.

Resumiendo el trabajo del autor, obtenemos de este método las siguientes ventajas:

1.ª Como medio de diagnóstico: insuflando el estómago, nos da datos sobre su tamaño, capacidad, forma, situación, sensibilidad a la distensión, y el no menos importante del estado de la tonicidad de sus paredes y del grado de contracción.

2.ª Como medio de pronóstico: en el curso de un tratamiento determinado, nos informa sobre sus efectos. Echando una ojeada a las observaciones descriptas, siempre la reacción favorable que deducíamos de la lectura de las presiones, ha coincidido con el mejoramiento de los demás síntomas que acusaba el enfermo y del estado general. Casos de atonía gástrica hemos observado, en los cuales, probablemente a causa del mal estado de la fibra muscular muy deficiente, no mejoraron su tensión, tampoco vimos mejoría en los demás síntomas.

3.ª Como medio terapéutico: al permitirnos hacer el masaje interno del estómago nos aportó un gran recurso terapéutico. (*La Sem. Méd. de Buenos Aires*, 5 de Septiembre de 1929.)

Mucílago Puro

== “REFI” ==

(Regulariza El Funcionamiento Intestinal).

«**REFI**», mucílago puro, invulnerable a los jugos digestivos a su paso por el estómago, una vez en el tramo intestinal, retiene más de cincuenta veces su peso de agua. En virtud de esta hidrofilia de «**REFI**», mucílago puro, a su contacto e interposición se hidratan, ablandan, esponjan, suavizan y aumentan de volumen las heces, lo que origina un peristaltismo normal, fisiológico, que facilita su expulsión.

De aquí, que «**REFI**», mucílago puro, sea el agente terapéutico racional y eficaz por excelencia, para combatir el

ESTREÑIMIENTO Y SUS SECUELAS NOSOLOGICAS

La acción reguladora del funcionamiento intestinal que ejerce «**REFI**», mucílago puro, proviene, pues, exclusivamente, de la influencia de sus propiedades físicas sobre el contenido intestinal, y no sobre el continente; por esto,

JAMAS CON SU USO PROLONGADO PUEDE SOBREVENIR EL HABITO

Por ser un mucílago puro, «**REFI**» goza de propiedades emolientes inigualables, y por ello, no solo no produce cólicos ni irrita nunca la mucosa gástrica, sino que, por el contrario, cuando está irritada o ulcerada, constituye el apósito ideal, lo que justifica la acción calmante de «**REFI**» en muchas gastralgias, y su empleo, con éxito sobresaliente, en las

COLITIS MUCOSAS Y MUCOMEMBRANOSAS

«**REFI**», mucílago puro, puede formularse en las siguientes formas farmacéuticas: Sellos, Granulado y Escamas.

Muestras y literatura: LABORATORIO IBERO.—TOLOSA (Guipúzcoa).

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

"LA FAVORITA"

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Balneario de Carlos III

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

Médico-director en propiedad: Excmo. Sr. D. Victor M.ª Cortezo.

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



Producto español a base de Hamam-virg.ª. Esculus hippocast; novocafina, anestesia, etc. Cura Hemorroides internas, externas, sangrantes y pasedimientos del recto. Tubo con cánula. 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

VACANTES

Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Santa Cristina de la Polvorosa (Zamora), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratar con los vecinos pudientes, por lo que percibirá unas 4.350 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 22 de Febrero.

Datos.— Lugar con Ayuntamiento de 1.048 habitantes, a 3 kilómetros de la cabeza de partido (Benavente), cuya estación es la más próxima, y a 60 de la capital. Carretera de Benavente a Mombuy. Río El Orbigo.

— La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Somiedo (Oviedo), con el haber anual de 3.300 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse

(Continúa en la pág. XXVI.)

Hemorroides

Prescriba los Supositorios

Anusol-Goedecke

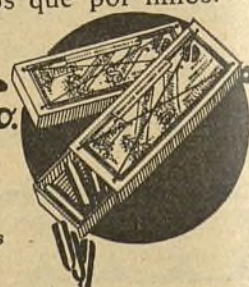
El Anusol-Goedecke reblandece las masas excrementicias endurecidas y hace posible una defecación agradable.

El Anusol-Goedecke calma rápidamente los dolores que tanto suelen molestar en estos casos.

El Anusol-Goedecke desinfecta, deseca y cura las superficies inflamadas, húmedas y supuradas.

El Anusol-Goedecke no es tóxico y no contiene ninguna sustancia narcótica, pudiendo ser usado en todo momento, lo mismo por adultos que por niños.

Goedecke & Co.
Leipzig-S.3



Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

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. Juan Velasco De'gado. — Pagado fin Diciembre 1930.

D. Esteban Alberca. — Id.

D. Ramón Alvarez de Toledo. — Id.

D. Domingo Sandoval. — Id.

D. Gregorio Nieto. — Id.

D. Juan Barberia Vázquez. — Id.

D. Miguel Carera. — Id.

D. Jesús Barriuso. — Id.

D. Baldomero Romero. — Id. fin Diciembre 1929.

D. José Allén Rodríguez. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Pedro García Maguregui. — Id.

D. Mancio Mulero Guijalbo. — Id.

D. Regino Ganzaraín. — Id.

D. José Martínez Ruiz. — Id. fin Marzo 1931.

D. Emilio Raduan. — Id. fin Diciembre 1931.

D. Andrés Fernández Artieda. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Gabriel Hortelano. — Id.

D. Pedro Delgado Lacal. — Id. fin Junio 1930.

D. José López Ferradas. — Id. fin Enero 1931.

D. Leandro García López. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Augusto Sánchez Riveiro. — Id.

D. Vicente Fidalgo. — Id.

D. Serafín Barros. — Id.



D. Ramón Goñi. — Id.

D. Dimas Menéndez. — Id.

D. Policarpo Mayorga. — Id.

D. Máximo Saro Cano. — Id.

D. Casto Martín González. — Id.

D. José de Saavedra. — Id.

D. Juan Irigay Quel. — Id.

D. Antonio Crespo Jiménez. — Id. fin Marzo 1930.

D. Matías de Fernández Cosío. — Id. fin Septiembre 1º 30.

D. Pedro Sancho Jiménez. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Serafín Bohorquez. — Id.

D. Antonio Urquijo. — Id.

D. Antonio Larios. — Id.

(Continúa en la pág. XXVII.)

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

LA NUEVA PROFILAXIA DEL CÁNCER

Con las Sales halógenas de magnesia.

FORMÚLESE

SENECTAL PELLETIER

INDICACIONES: Trastornos cardíacos de hipervagotonías. Astenias. Achaques de la senectud. Trastornos digestivos de origen hepático. Pruritos. Dermatosis. Estrófulo. PROFILAXIA DEL CÁNCER

Pídase interesante literatura al

LABORATORIO PELLETIER. — Apartado de Correos 200. — MADRID. — Tel. 40.331 y 54.760.

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados descuidados.

Toses rebeldes Asma.

Una cucharada de las de sopa
por la mañana a medio día y por la noche de

JARABE FAMEL

*Calma rápidamente la Tos facilita la Expectoración
obra favorablemente sobre el estado general*

Muestras a disposición de los Sres. Médicos
Agentes generales para España
CURIEL Y MORÁN Arredón 128 Barcelona

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 ÉGABRO.—CABRA (Córdoba) España.

Nujol

MARCA REGISTRADA
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

EL PROTOTIPO DE TODOS LOS ACEITES DE VASELINA

Ha sido demostrado que el grado de viscosidad definitivamente escogido para el Nujol es fisiológicamente exacto.

Muestras y Literales
BUSQUETS HERMANOS y Cia.
Ronda Atocha, 23 - MADRID.



China se denomina *tcha*. Pocos años más tarde fué abierta otra casa de té, el Garraway, que vivió cerca de dos siglos y sólo se cerró a fines del XIX. Estos establecimientos eran frecuentes, sobre todo, por los opulentos financieros y negociantes de la City, muy aficionados al té y únicos burgueses bastante ricos para permitirse el lujo de bebida tan cara.

Sólo mucho más tarde, cuando la importación fué metódicamente organizada, se extendió en Inglaterra el gusto por el té entre todas las clases sociales.

ION-CALCINA PALLARÉS

HEMOSTÁTICO-RECONSTITUYENTE
á base de

CLORURO DE CALCIO

A principios del XIX, la burguesía primero y después el pueblo, empezaron a apreciar la infusión de la hoja china. Desde 1850 el té se ha convertido para todos los ingleses, lo mismo en la ciudad que en el campo, en una verdadera bebida nacional.

En Francia, el té tardó más en conquistar el favor general. Como en Inglaterra, fué la bebida predilecta de la sociedad elegante. Madame de Sevigné nos dice cómo era de buen tono ir a tomar el té al convento de las Carmelitas. Fué sor Luisa de la Misericordia, un día mademoiselle de La Vallière, quien puso de moda este primer salón de té. También nos cuenta la marquesa de las cartas que la primera en echar leche en la taza de té fué madame de La Sablière, la encantadora amiga de La Fontaine.

En España, la afición al té nos llegó por «*vía Inglaterra*», y se mantiene por ahora sólo entre las gentes elegantes, y no precisamente por lo elevado de su precio, sino porque es, como costumbre, relativamente nuevo.

En la época en que los conventos de París vulgarizaban el té en Francia, el chocolate era el primor de los nuestros y constituía, por decirlo así, nuestra bebida nacional. Hoy, sin embargo, en toda casa distinguida se ofrece al visitante una taza de té.

(De *El Sol*.)

Lactofitina: reconstituyente infantil.

RASGO GENEROSO

A Margarita, que enloquecía por un mancebo y un colorín, le entraban celos si aquel huía y con la jaula se iba al jardín.

Con el mancebo tuvo regaños incongruentes, que fomentaban los pocos años de adolescentes.

El pajarito la divertía, pero una tarde se le escapó, y al ver la jaula muda y vacía aquella niña triste lloró.

Cuando los prófugos ambos se hallaban en libertad, la pobre niña presa quedaba de enfermedad.

Pronunció frases de mal sonido, mezcla de almibar con acedera, ya de cordero triste balido, ya ter ebroso rugir de fieras.

Del mal pasado convaleciente salud buscó, y una pradera fresca y riente se la ofreció.

El dulce encanto de aves y flores despabilaron su alma dormida, y en la enramada los ruiseñores diéronle alegres la bienvenida.

Era una tarde de primavera, quince de Abril, y el jilguerito por la pradera cruzó gentil.

Aleteando sobre las flores halló una hembra que lo extasió, a la que en trinos le ofreció amores y ella piando los aceptó.

Tejiendo un nido, cual regia cama, en un nogal, los resguardaba frondosa rama del vendaval.

De pluma y molsa los dos tejían blandos colchones, con la esperanza de que los hijos que en él tendrían libres gozaran dicha y bonanza.

Mas una tarde que Margarita divisó el nido, subió gateando, libre de cuita, sin hacer ruido.

Tres pajarillos que ya emplumaban arrancó al árbol con osadía y aunque los padres piando lloraban ella cantaba con alegría.

Hizo el secuestro sin la malicia de causar pena, pues aún soñaba su alma novicia que era acción buena.

Vió que los padres, su amor mostrando, les prodigaban el alimento yendo y viniendo de cuando en cuando contra las lluvias, el sol y el viento.

Las pardas plumas, ya descamadas de molsas ruines, eran más largas y salpicadas de colorines.

Y Margarita que percibía la voz del padre, dulce parlero, notó que el eco le repetía melosos trinos de su jilguero.

Forjó el intento de aprisionarlo con red de hilaza y terminando por realizarlo logró hacer caza.

Como a la niña satisfaciérase tan ingeniosa estratagema, buscó la incógnita que resolviera otro más serio y arduo problema.

Amor jurando, llamó a su amante, que a ella volvió, y con promesas de ser constante lo convenció.

El jilguerito quedó enjaulado con sus hijuelos por compañía, y Margarita tuvo a su lado al que la dicha le prometía.

Aquél las plumas vió que pintaban de sus hijuelos, y los alambres que aprisionaban sus largos vuelos.

Mientras saltando se desespera dentro la jaula, ya mustio y lacio, ve que piando su compañero, vuela medrosa por el espacio.

Morirse de hambre le era inaudito como suicidio, porque implicaba triple delito de parricidio.

Que allá sus hijos, si él fallecía sólo esperaban muerte horrorosa, ya que la madre, la red temía y era, cual hembra, más recelosa.

Triste cautivo ya presagiaba su porvenir, y al contemplarlo lástima daba verlo morir.

La niña entonces, que con su amante ya disfrutaba de mil caricias, miró la jaula, lloró un instante y tuvo un rasgo digno de albricias.

Abrió la puerta que era el tormento de hijos y padre, los que volaron en el momento junto a su madre.

Acción tan noble, tan cariñosa miró el amante de Margarita, y satisfecho la hizo su esposa, por siempre digna de ser bendita.

WENCESLAO BORRACHERO.

Burguillos (Sevilla).

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

NO HAY MEJOR espejo que la cara sobre el hueso.

**

LAS MUJERES emplean toda su delicadeza para colocar una venda sobre los ojos; después la aproximan al precipio.

PAUL BOURGET.

**

UNA MANZANA diaria aleja al médico de casa.

LA MUSICA y sus relaciones con la medicina (1)

Dos curiosos estudios publicados
acerca de este tema, año 1882, por

D. FRANCISCO VIDAL Y CARETA

Ya en un grado más elevado se nos presenta el género *campestre*. Este permite a la imaginación mucho más vuelo, no contentándose, como la anterior, con extasiarla sin hierirla, sino que la eleva hasta el punto de dominar por completo a la naturaleza en toda su riqueza y esplendor. Esta es la que ha permitido a sus adoradores el que se hicieran grandes concepciones en su honor; jamás podrá olvidarse la *Pastoral* de Beethoven, el *Desierto* de David, la *Creación* de Berlioz, el *Poema sinfónico* de Meyerbeer. En todos los casos de melancolía, proceda de lo que proce-

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

da, ya de nostalgia, ya de un amor contrariado, en la hipocondría sobrevenida a consecuencia de enfermedades crónicas, está en mi concepto muy bien indicada.

Luego sigue el género *melancólico*. Este obra sumiéndonos en un estado de postración y languidez, que sólo él es capaz de producir, y determina casi el mismo efecto que cualquier ataque que se acompañe de colapso. Aquí tiene su lugar conveniente la música fúnebre, entre la cual descuellan las obras de Chopin, Beethoven, Thalberg y todas las que por su carácter triste, como *Ele-gías*, *Nocturnos*, etc., se hayan inspirado en tales ideas. Está indicada en individuos de temperamento colérico, en ciertas monomanías, para dominar malos instintos, etc.

En penúltimo lugar coloco el género *fantástico*, el género poético, el que presenta la vida rodeada de flores, el que ha inspirado al pintor sus cuadros y al poeta sus versos. Quien niegue la poesía en la música de Chopin, que ha he-

"MALTOPOL"

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

cho verter lágrimas al más insensible de los hombres, sólo probará que carece de imaginación y que tiene el encéfalo muy poco desarrollado. Muchas composiciones abundan en este género, debiendo hacer especial mención de las de Liszt, Mendelssohn, y las del genio del siglo XIX, Rubinstein. Muy bien indicado está en todos aquellos sujetos de temperamento linfático y carácter flemático, conocidos vulgarmente con el nombre de fríos, así como sirve de manantial a los artistas para que busquen en ellas sus inspiraciones.

Por último, me ocupo del género *religioso*, diciendo de él que no hay otro

arte que nos lo pueda presentar con toda verdad como la música. Ninguno inspira el respeto, el recogimiento y la veneración que ésta inspira; innumerables son los autores que han cultivado la música sacra, y de dicho género abundan perfectas producciones, no extrañándose por otra parte, pues anti-

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

guamente se puede decir que era el único que se conocía. El arte religioso siempre conmemorará los nombres de Alegri, Palestrina, Gounod, etc. Encuentra su indicación en todos aquellos casos en que el hombre se deja dominar por un sensualismo exagerado, para cortar ciertas pasiones brutales, para inspirar la virtud, etc., etc.

La música que dirige principalmente su acción sobre la médula, pudiera llamarse *refleja*. Esta, como se ha visto, la divido en una que obra sobre los nervios locomotores, música rítmica, y otra sobre los de sensibilidad. La que obra sobre los nervios locomotores actúa exclusivamente por su ritmo sin obrar sobre la inteligencia ni sensibilidad; es una música que yo llamaría *mecánica*, siendo los efectos que produce verdaderos actos reflejos, pues que nos vemos inconscientemente atraídos hacia el ritmo que ella lleva. Sirva de ejemplo un pasodoble ejecutado por una banda militar. Se puede decir que

Urosolvina: eficaz antiúrico.

casi nuestra voluntad es impotente para obligar a nuestro cuerpo a seguir una marcha distinta de la que marca el compás. Comprende los géneros guerrero y danzante. Están indicados, aparte de ciertas monomanías, principalmente en las neurosis.

La que obra sobre los nervios de sensibilidad preferentemente, aunque no se puede aislar también como la anterior, sin embargo, debemos admitirla; ¿pues a quién de los mortales no le ha pasado lo que vulgarmente se conoce con el nombre de piel de gallina, al ser impresionado vivamente por un canto o poema sinfónico ejecutado magistralmente y digno de tal ejecución? En este caso sería exaltante de la sensibilidad e indicado en todos los casos de atonía nerviosa, siendo deprimente cuando, al contrario, por ser la composición cansada, larga y peor ejecutada, produce tedio, hasta llegar, como el opio, a dar sueño aun a los mismos ejecutantes. Indicada está en los casos de excitación nerviosa. El canto se puede decir que es el que impresiona más y mejor, constituyendo, por lo tanto, el primer

Kelatox: Sedante atóxico.

género, y todas esas composiciones malas, que nunca se acaban, por la razón que son malas, constituye el segundo.

En cuanto a la *teatral* sólo comprende el género dramático. Participa de la acción de todas las demás, y por su

complejidad no creo oportuno su empleo, excepto en el caso de querer combatir el fastidio y tristeza, y siendo más bien elemento de distracción y de solaz que elemento curativo. Está representada por la ópera, opereta, zarzuela, etcétera.

No tengo necesidad de decir que vale poco mi clasificación. Me era precisa y, sin esperanzas de haber adelantado un paso en el progreso científico, he tenido que establecerla.

Como apéndice a esta sección, voy a reseñar el estudio que el Dr. Dogiel ha hecho respecto a la influencia de la música sobre la circulación de la sangre. Dice: 1.º La música tiene gran influencia sobre la circulación de la sangre. 2.º Unas veces aumenta y otras deprime la presión sanguínea. Estos efectos son debidos a la influencia que ejerce sobre la médula oblongada y los nervios sensitivos del oído. 3.º El cora-

Estreñimiento: Supositorios Evacuantes. Ribalta. De eficacia inabordable. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

zón late generalmente por el estímulo de los ganglios automotores. 4.º La estricnina aumenta los efectos de la música; el curare los amortigua; estos efectos varían según el compás y tono de la música.

Dichos efectos sobre la circulación sanguínea debemos, desde luego, admitirlos como posteriores a su acción primordial sobre el sistema nervioso, sirviendo, por otra parte, de columna de apoyo para nuestra clasificación.

(Continuará.)

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

TODO AQUEL que quiera prosperar, que consulte antes a su mujer.

X.

AL FLATO dale con el plato.

POR TODAS partes donde existan mujeres, habrá peligros para el corazón.

LACORDAIRE.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Lisboa pasó a mejor vida el doctor Aníbal Betencour, reputado bacteriólogo y director del Instituto.

— En Sangüesa falleció el titular don Mariano Nicolás.

— En Olvega (Soria), D. Andrés Ruiz García, médico de la Cruz Roja.

— En Caparrosa, el titular D. Enrique G. de Azcárate.

— En Melindres, el ex diputado provincial y titular D. Eduardo Durante Fernández.

— En Barcelona, los médicos D. José Sabater y D. Alberto Lleó.

— En Avila, el diputado provincial y médico D. Genaro González.

(1) Véase el número anterior.

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 estafío eléctrico. —

INDICACIONES:

Estafilococias en todas sus manifestaciones.

Muestras y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección General de Sanidad, número 4.193.

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

ATROPAVER

Muestras y literatura á disposición de los señores Médicos que lo soliciten al Laboratorio «CELTA», Valencia.

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.)

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

Antiséptico, Cicatrizante.
Ni tóxico Ni cáustico.

Este producto goza de una eficacia muy grande en los casos de *Heridas, Antrax, Eczemas, Ulceras, Otitis infecciosas, Leucorreas, etc....*

Desconfiar de las imitaciones que su éxito ha hecho nacer

EN TODAS LAS FARMACIAS

LE PERDRIEL - PARIS

11, Rue Milton (9^o)



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 (malioterapia). — 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.

SUPERFICIES 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 médico 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.

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)

AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litónicas 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 a 15 de Noviembre.

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

Alquilanada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Bañeario. Todo confort.

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

con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 20 de Febrero.

Datos.—Ayuntamiento de 5.193 habitantes, formado por las parroquias siguientes: Pola de Somiedo, Aguas, Mestas, Aguino, Bustariega, Canedo y otros.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Bujaraloz (Zaragoza), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes, por lo que recibirá unas 3.600 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 20 de Febrero.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 1.416 habitantes, a 35 kilómetros de la cabeza de partido (Pina), cuya estación es la más próxima, y a 68 de la capital. Carretera de Madrid a Francia.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de María (Almería), con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 21 de Febrero.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 2.233 habitantes, a 15 kilómetros de la cabeza de partido (Vélez-Rubio) y a 150 de la capital. La estación más próxima, Lorca, a 62 kilómetros. Carretera a Lorca por Vélez-Rubio.

—En la Facultad de Valladolid se halla vacante la plaza de alumno interno supernumerario sin sueldo, con derecho al ascenso de plantilla. Solicitudes documentadas hasta el 20 de Febrero. Para más datos véase el *Boletín Oficial* del 20 de Enero.

—La de médico titular de la Sociedad «El Porvenir», de Bimenes (Oviedo), con el haber anual de 4.000 pesetas.

SARNA

— (ROÑA) —

Ayuntamiento de Madrid

Practicantes.

Gallinero (Soria). Practicante y matrona, haber anual de 375 pesetas. Solicitudes hasta el 27 de Febrero.

—Bombarón (Granada), con el haber anual de 500 pesetas. Solicitudes hasta el 22 de Febrero.

—Iscar (Valladolid), haber anual de 600 pesetas. Solicitudes hasta el 23 de Febrero.

—Allosa (Teruel). Practicante y matrona. 450 pesetas. Solicitudes hasta el 25 de Febrero.

—Valdemorillo (Madrid). Practicante y matrona. 825 pesetas. 18 Febrero.

—Membrilla (Ciudad Real). Comadrona. 600 pesetas. 24 Febrero.

—Alhendín (Granada). Comadrona. 500 pesetas. 25 Febrero.

LOS PROBLEMAS CLINICOS

DE LA

ULCERA DEL ESTÓMAGO

POR EL

DR. FIDEL F. MARTINEZ

SUMARIO

El problema clínico de la úlcera del estómago.— Diagnóstico de la úlcera del estómago.— Cuestiones generales que presiden al tratamiento de la úlcera del estómago.— Tratamiento médico de la úlcera del estómago.— Tratamiento quirúrgico de la úlcera del estómago.

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO
MONOGRAFÍAS IV

Precio de la obra encuadernada, 1,50 ptas.
para los suscriptores de «El Siglo Médico».

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

parálisis ataca primeramente a un grupo muy restringido de músculos con atrofia de los mismos y reacción de degeneración. Tras de ella se presenta la hemiparaplejía con síndrome completo o incompleto de Brown-Séquard, y por fin se presenta la paraplejía.

En los casos de tumor de la médula misma, que no son frecuentes y que pueden ser gliomas, endotelomas, epitelomas, tuberculomas y gomas, los síntomas no dependen tanto de la compresión de la médula como de la destrucción de la misma.

No suele haber trastornos radiculares, en vez de los dolores intensos señalados en las formas anteriores se producen parestesias, los síntomas son más difusos. El examen del líquido cefalorraquídeo demuestra la existencia de células neoplásicas. Existe una meningitis espinal crónica que determina una paraplejía extraordinariamente semejante a la que presenta en los casos de tumor. Se inicia por dolores y embotamiento de los miembros inferiores antes de que aparezca la parálisis de los mismos. Estos dolores son al principio unilaterales y van unidos a hiperestesia de todo el miembro inferior y a sensación de constricción en todo el cuerpo, como si le apretaran con un cinturón. Estos últimos síntomas no se observan en los casos de tumor de la médula.

La parálisis se inicia por sensación de debilidad de todo el miembro inferior o, a veces, de una región del mismo solamente, por ejemplo, de las proximidades de una articulación. No hay, sin embargo, parálisis motora o sensitiva limitada a una raíz medular, como hemos dicho que ocurría, por ejemplo, en los casos de tumor de una meninge. La paraplejía va unida a una curvatura por cifosis de la columna vertebral y a algunos trastornos vasomotores y tróficos, si bien escasos. Es progresiva, y abandonada a sí misma termina por la muerte. Si por el contrario se abre el saco de la duramadre dando salida al líquido cefalorraquídeo y se deja un desagüe del mismo, la enfermedad cura. Según Horsley, que ha descrito esta enfermedad, debe ser frecuente, puesto que él pudo reunir 21 casos de la misma, pero el hecho es

como de naturaleza histérica o como de resultado de una acción refleja inhibitoria, de naturaleza desconocida, de la lesión urinaria sobre la médula lumbar. Por fin, hay paraplejas que no tienen relación alguna de causa a efecto con la lesión de las vías urinarias. En este caso se encuentran, por ejemplo, las lesiones que se presentan en la tabes, que pueden coincidir y coinciden muchas veces con lesiones urinarias de la misma naturaleza, pero que no son dependientes de ellas.

Si el comienzo de la paraplejía es lento y progresivo, puede depender de diferentes causas: así, si se presenta sin que antes haya habido enfermedad alguna de los centros nerviosos y es una paraplejía espasmódica, hay que pensar en una paraplejía espinal sífítica de Erb o en la compresión lenta de la médula. Son las dos causas más corrientes de la paraplejía espasmódica.

Algunas veces se trata de una mielitis transversa, sífítica o no sífítica, de un tumor de la médula, de una esclerosis en placas o de una esclerosis combinada, de una esclerosis lateral amiotrófica, o, por último, y excepcionalmente, de una siringomielia o de una lesión de la corteza cerebral. En caso de que la parálisis sea flácida, hay que pensar en una tabes combinada, en una polineuritis que suele ser alcohólica, y a veces es arsenical, y por excepción, en una destrucción transversal completa de la médula por un tumor intramedular o por una compresión muy acentuada. Hay enfermedades, como la pelagra, el latirismo o el beriberi, que pueden producir paraplejas que habrá que diferenciar de con las corrientes. Ya se comprende que es poco corriente que estas formas se presenten en nuestro país. Para terminar: hay enfermedades cerebrales, como la hemorragia cerebral o el reblandecimiento, que en un momento cualquiera de su evolución pueden presentar un síndrome parapléjico.

En el primero de estos casos, o sea en aquel en que la paraplejía es espástica, nos encontramos con un tipo de paraplejía frecuente. La compresión lenta de la médula determina esta forma espástica de paraplejía con frenen-

cia mucho mayor que la compresión brusca. Hasta hace poco tiempo se creía que la paraplejía producida por la compresión de la médula tenía que ser forzosamente espástica. En la actualidad está bien demostrado que puede también ser flácida con supresión de los reflejos tendinosos; pero para ello es preciso que, aparte de comprimir la médula, haya la lesión destruido parte de ella y que esta destrucción equivalga a una sección completa o casi completa. Tal destrucción no se suele presentar o se presenta de un modo muy tardío en las compresiones de desarrollo lento.

Comoquiera que en todos los casos precede o por lo menos acompaña a la compresión medular la de las raíces nerviosas, uno de los síntomas característicos de esta forma de paraplejía consiste en la existencia de dolores muy violentos, de origen radicular, y que tienen modalidades especiales. Son dolores que Charcot llamaba *seudoneurálgicos* y que se encuentran a lo largo de los nervios intercostales y de los lumbares, sin que se puedan poner de manifiesto puntos dolorosos tan evidentes como los de las *neurálgias* verdaderas. Los trastornos tróficos pueden existir, pero no son constantes. Estos dolores suelen preceder a la aparición de los trastornos motores, y son constantes, si bien tienen exacerbaciones, sobre todo por la noche. Los trastornos de la sensibilidad subjetiva guardan relación con el estado de la compresión medular. Algunas veces queda la sensibilidad normal, salvo los dolores de que acabamos de hablar. Otras veces está abolida la sensibilidad al dolor, y persisten normales las demás sensibilidades. También hay veces en que está abolida la sensibilidad térmica y se encuentra el enfermo en un caso de disociación siringomielica de la sensibilidad. En ciertos enfermos la única sensibilidad que permanece intacta es la táctil. Para terminar: hay casos en que están abolidas todas las formas de la sensibilidad.

Todos estos trastornos de la sensibilidad pueden preceder a los de la movilidad y existir aislados completamente. Es poco común que en vez de la anestesia haya una hiperestesia. Si existe puede ser de extensión y de intensidad dife-

rentes. Los demás síntomas de la paraplejía por compresión, tales como los trastornos motores y los de los esfínteres, son los síntomas corrientes de las paraplejas espásticas, y ya los hemos descrito. Sea cual fuere la causa de la compresión de la médula, puede ejercer su efecto exclusivamente sobre un lado de la médula, y en ese caso, en vez de una verdadera paraplejía se observará una hemiparaplejía en la que los trastornos de la sensibilidad tengan corrientemente el tipo de la lesión de Brown-Séquard. Entre las causas más frecuentes de la compresión medular lenta se encuentran las deformaciones del esqueleto, por ejemplo, el mal de Pott, el cáncer vertebral, las hiperostosis sifilíticas y los tumores de la médula y de sus meninges.

Las lesiones de la columna vertebral determinan una desviación de la misma, fenómeno frecuente en el niño, y que lo es mucho menos en el adulto. En el mal de Pott, esta desviación suele ser angular, en el cáncer vertebral no suele tener esta forma. Aun cuando no exista dicha desviación conviene pensar en la posible existencia del mal de Pott en los casos de rigidez del raquis, de dolor bien localizado en el mismo o de hiperestesia al calor en la región vertebral. Se sospechará en estos casos el mal de Pott si se trata de niños, de adolescentes o de adultos en la primera mitad de la vida. El cáncer vertebral es, por el contrario, y como se comprende, una enfermedad más propia de las personas de edad avanzada y suele ser consecutivo al cáncer de la mama, del útero o del estómago. Los dolores en estos casos son muy intensos y se conoce la enfermedad con el nombre de paraplejía dolorosa de los cancerosos. La evolución es muy rápida y pronto se produce una caquexia. La radiografía suele permitir el diagnóstico de una manera brillante.

Los tumores de las meninges espinales se distinguen por su poca extensión y por su posición muy lateral, por lo que los dolores se suelen iniciar mucho antes que los trastornos de la sensibilidad y se reducen a una zona muy restringida. La zona de hiperestesia cutánea suele coincidir muy exactamente con la de distribución de una raíz determinada. La paraplejía no es completa desde un principio, sino que la



ANALISIS

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

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

FUNDADO EN 1866.

- D. José Bernardo Fernández.—Id. fin
Enero 1931.
D. Oscar Torras.—Id. fin Diciembre
1930.
D. G. Roqueta.—Id.
Dr. Viura.—Id.
D. Eleuterio Martín Vallerós.—Id.
D. Miguel José de Bustos.—Id.
D. Pablo Díez.—Id.
D. Luis Usobiaga.—Id.
D. Tomás Herrero Revuelta.—Id. fin
Febrero 1930.
D. Domingo Coma.—Id. fin Enero 1931.
D. Eduardo Minerva Verde.—Id. fin Di-
ciembre 1930.
D. Apolinar Bugallo Bouzas.—Id.
D. Manuel Real Cros.—Id.
D. Alvaro Carrión.—Id.
D. José Antonio Molina Nifirola.—Id.
D. Angel Soria Carrasco.—Id. fin Marzo
1931.
D. Pascual Pérez Martínez.—Id. fin Di-
ciembre 1930.
D. Félix Polo.—Id.
D. Francisco Cerezo del Barrio.—Id.
D. Salvador González Barrio.—Id.
D. Agustín Pérez Tomás.—Id.
D. Vicente Molinero.—Id.
D. Pedro Bonthelíer.—Id.
D. Leopoldo Fernández Selva.—Id. fin
Marzo 1931.
D. Tomás Ferrer Artola.—Id. fin Di-
ciembre 1930.
D. Elías Martín Castilla.—Id.
D. Ventura Revilla Gala.—Id.

(Continuad.)

ANTISPASMINA COLICA

Dan excelentes resultados

en las:

**Colitis aguda y crónica,
Estreñimiento espasmódico, etc.**

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS.

MUESTRAS Y FOLLETOS: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ-Paseo de Gracia, 75-Barcelona

Laboratorio Farmacológico Reggiano (ITALIA) Depositario: D. RAMÓN SALA - París, 174

Pildoras
Quaratinizadas
de
Belladona, Valeriana
y Papaverina

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(Stomalex)

Medicamento agradable, inofensivo siempre en todas las eda-
des y de resultados positivos para curar las enfermedades del

ESTÓMAGO e INTESTINOS

35 años de éxito

Venta: Principales farmacias del mundo

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por
la ACADEMIA de
MEDICINA de PARÍS

A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar **Cloro-Anemias**
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue de la Basine-Art. Par.

TINTURA COCHEUX

cura la Gota, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848.

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAIS

Efioso,
Agradable
e inofensivo.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA
De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap° 229.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

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.

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO :: MONOGRAFÍAS

Tomos de 128 páginas. Encuadernados. Precio: 1,50 ptas.

Pídanse detalles a la Administración de la Revista, Serrano, núm. 58, Madrid.

Terapéutica de la Hipofunción Genital Femenina

OVARIOTONO



Substancia de ovario . . .	0,10
Substancia de tiroides . . .	0,03
Viburnum prun. extr. . .	0,06
Piscidia erythrina extr. . .	0,06
Hyoscyamus nig. extr. . .	0,01

Modo de usarlo y dosis

Tómense antes de cada comida—
con un poco de agua y sin mas-
ticar—de dos a ocho grageas al
día (dos cada vez)

Hipofuncionamiento ovárico, Amenorrea rebelde, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

Terapéutica de la Hiperfunción Genital Femenina

HEMOSTONO



Substancia de mama . . .	0,10
Substancia de placenta . . .	0,05
Secale cornutum extr. . .	0,06
Hamamelis virgin. extr. . .	0,04
Hidrastis canad. extr. . .	0,02

Modo de usarlo y dosis

Tómense antes de cada comida—
con un poco de agua y sin mas-
ticar—de dos a ocho grageas al
día (dos cada vez)

Menorragia profusas, Metrorragias menstruales, Fibromas uterinos, Conges-
tiones útero ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

SOLICITESE LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

LABORATORIO BIOLÓGICO LOPEZ-BREA

León XIII, 7

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*.—Correo de París, por *F. Javier Cortezo*.—Sanidad teórica y práctica, por *José Allen*.—Inauguración de la Sociedad científica del Instituto Hispano Americano de Otorrinolaringología.—Movimiento médico de Barcelona, por *F. Wüst Berdaguer*.—Curso sobre tuberculosis.—Instituto Municipal de Laringología y Sueroterapia.—La beneficencia en Zaragoza.—La lucha contra la tuberculosis.—Neurología.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colegio de Huérfanos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Ensaladilla.

Muchos y variados asuntos solicitan hoy la mención justa del revistero. Observáse ahora en la vida científica, principalmente en la madrileña, un espontáneo cambio digno de notarse y aun de fomentarse por los que medios y condiciones tengan para ello.

Nos referimos a la multitud de pequeños Centros, importantes los unos, casi familiares y particulares otros, que celebran, con asistencia de sus íntimos y devotos, conferencias, lecturas y reuniones, que por lo mismo que no tienen pretensiones de publicidad y de resonancia, resultan más interesantes y a nuestro juicio más provechosas.

Tal puede decirse de las Conferencias que celebra la Casa de Socorro del Distrito de Palacio, en las que parece que semanalmente se explanan por el personal de la misma y por autores *ad hoc* invitados, temas relativos a trabajos prácticos con particular aplicación a las observaciones recogidas en el copioso arsenal que cada uno de los Centros de la Beneficencia municipal representa y a los cuales no siempre con éxito hemos invitado como admiradores y amigos antiguos que de ella somos, para que den muestra de esa vitalidad para la cual cuentan con los dos principales elementos: la riqueza de los juicios clínicos y el personal a que está confiada su importante función, y que habiendo sido siempre laborioso y selecto, nadie puede negar que mejora de día en día, entrando por rumbos hasta ahora no frecuentados por él involuntariamente.

Siempre lo hemos dicho y alguna vez lo hemos querido practicar ordenándolo oficialmente: la medicina domiciliaria de beneficencia y la de urgencia de la vía pública, son dos fuentes de riqueza de incalculable valor para los médicos jóvenes y aun para los estudiantes clínicos. El enfermo necesitado es un libro de muchas más páginas que el enfermo de la sala de hospital y que el rodeado de cuidados, comodidades y esmeros familiares. Dos o tres alumnos voluntariamente adjuntos para visitar al lado de un profesor ya práctico y acreditado en las viviendas,

que en nuestras mocedades recorriáramos con mayor entusiasmo e interés que las alfombradas de seda en años posteriores; esos alumnos, repetimos, tropezando con las dificultades, escaseces, desamparos y apuros de todo linaje, se pueden hacer más prácticamente médicos en este género de experiencia que en la practicada donde nada falta, todo está previsto y se encuentran asignadas obligaciones de asistencia sin improvisaciones deficientes.

Pues si esto sucede en la medicina domiciliaria, ¿qué diremos de la cirugía de encontronazo en que el traumatismo inesperado se ofrece a cada momento incitando a la improvisación operatoria que es mayor maestra que Sánchez Toca, Berman y Dupuitren?

Piensen en esto los jefes facultativos de esas simpáticas instituciones a que tanto debe quien hoy viejo no las olvida. No vale decir que faltan medios: donde hay enfermos, caridad y deseo de aprender, se pueden cerrar todas las clínicas oficiales y extraoficiales.

Solemnidad tan alta, simpática y merecida, como la efectuada el último domingo en el Circo de Price en honor del Sr. García Molinas, pocas o ninguna registrará la Prensa en sus referencias encomiásticas.

Los niños pobres de Madrid, pertenecientes a variadas instituciones, a todas las cuales llegan las manos beneficiosas, la inteligencia previsora y el corazón noble y caritativo del Excmo. Sr. D. Francisco García Molinas, acudieron al Circo, no a presenciar ejercicios de dislocación ni arriesgados saltos, sino a cantar himnos de alabanza, a sonreír de gratitud y a enviar besos simbólicos a este médico glorioso a quien todos esos niños conocen, aman y respetan.

Porque, recuérdense los que pueden haberlo olvidado y sépanlo los que lo ignoran: El Sr. García Molinas es doctor en Medicina y Cirugía, ha ejercido la profesión con lucimiento, y si hoy no lo hace es porque sus aficiones y su posición le consienten cultivar aquél ramo gemelo de nuestra

amada profesión que no debiera desgajarse nunca de su hermano científico: el ramo de la caridad.

Este médico nada más que a ella dedica su vida. Un motivo más de orgullo para la no siempre respetada, aunque debiera ser siempre respetable, clase nuestra.

Vaya nuestro abrazo al buen D. Paco, y conste que hay quien recuerda diariamente con agradecida emoción, aquél día en que recién fundado el Colegio de nuestros huérfanos, se ofrecía la dificultad insuperable de dotar a los 50 niños y 50 niñas, que constituían por entonces su población, de uniformes de paseo. El presupuesto de cada traje representaba 100 pesetas; el total era, pues, de 10.000. Una llamada telefónica y la pregunta de si quería este hombre bueno tomar parte en la suscripción que se abriría con el antedicho objeto, tuvo esta contestación:

Espéreme usted, que ahora voy. Y diez minutos después figuraba como primera aportación en la lista en blanco:

La Sociedad Madrileña de Caridad, 10.000 pesetas.

No se nos ocurre ningún comentario. Nos basta con refunfuñar: «Madrileña», «Caridad», «García Molina».

Entre las reuniones familiares a que hemos hecho alusión, se contará desde la semana próxima la que nuestros devotos de los miércoles celebrarán dando lectura en nuestra modesta redacción a trabajos propios y ajenos, preparados para la publicación o reservados con otros objetos científicos o literarios. Como somos muchos y muy humildes, no nos atrevemos a invitar a nadie; pero el que venga de dentro o de fuera será bien recibido.

Y a propósito de reuniones semanales: los jueves siguen las lecturas en el Colegio de Huérfanos. El jueves último, el fénix de los periodistas madrileños, Antonio Zozaya, encantó con sus cuentos y sus versos a nuestros chicos; mejor dicho, a los chicos de los que se fueron.

También el jueves reunió en su domicilio el Sr. Recasens a los miembros numerarios de la Real Academia de Medicina que él preside, obsequiados con esplendidez y buen gusto y cambiando con ellos impresiones acerca de los procedimientos de provisión a que acuden los candidatos más o menos impacientes. Después de reconocer por unanimidad que el mejor y más decoroso, aunque no siempre respetado, era el establecido por el señor Cortezo durante los catorce años de su presidencia, y después de adoptarse, por noble proposición

del Sr. Recasens, tal método para lo sucesivo, se convino en que para la actual vacante se proceda con completa libertad por aspirantes, recomendantes y demás muñidores. Sin duda los inmortales médicos quieren ensayarse en materia electoral al uso antiguo.

¿Por qué, si se reconoce bueno un camino, se aplaza el seguirle para mejor ocasión?

A alguien le oíamos chapurrear en lengua tedesca:

Morgen, morgen, Nicht noch Heute
Sagen alle faule Leute.

DECIO CARLAN

CORREO DE PARIS

Del Dr. E. Pierre Bonnier, viuda
del ilustre fisiólogo y otólogo francés,
a D. Francisco Javier Cortezo.

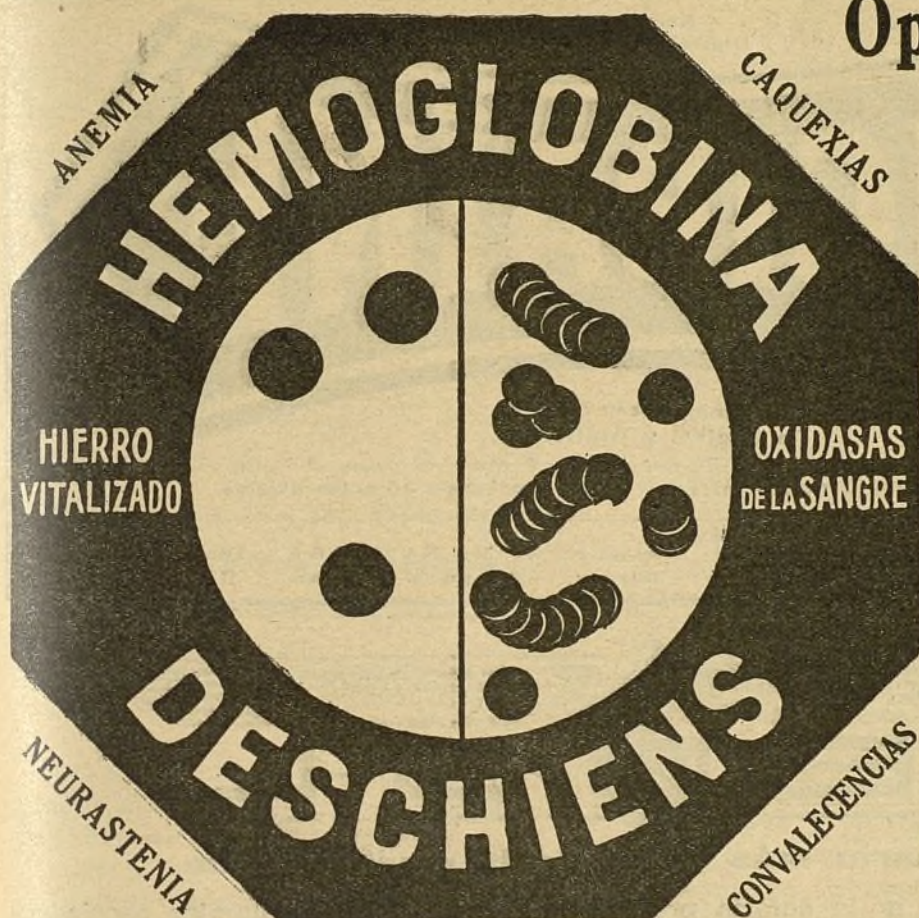
El día 20 del pasado Enero recibimos la carta que damos fotográfica a continuación:

16^e Feb. 1890

0-1-20

Monsieur.

Je venais d'achever votre "Centroséraphie", et je vous proposais de vous écrire quand le Dr. Klotz m'a apporté le livre avec l'émouvante notice que vous me faites l'honneur de m'envoyer. Je dois donc vous adresser vos remerciements. Votre livre m'a d'ailleurs abondamment renseigné, et j'en suis sûr, les sentiments si nobles qui vous ont inspirés à l'écrire m'ont vivement touchés et ont été un grand réconfort pour mes enfants et pour moi au milieu de toutes les tristesses que l'affaire Anverso nous a apportées. Cette œuvre de justice, comme vous le dites dans votre préface, entreprise par vous et quelques autres savants espagnols, fait honneur à la mémoire de P. Pine Broton et apporte à notre pays un tribut d'estime et d'admiration. L'Espagne peut être fière de posséder des hommes



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

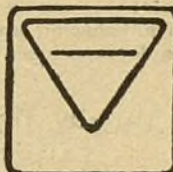
Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baujry, Paris (8^e) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagués, Barcelona.

Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas 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,

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, Paris, 174 - Barcelona

Asociación
Digitalina-Uabaina.

DIGIBAINÉ

reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

Pequeñas dosis: 15 gotas diarias. — Dosis medianas: 30 gotas diarias.

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas. PARIS VI ^o	Muestras y literatura:	J. M. BALASCH Diagonal, 440. Agente general para España. BARCELONA
--	---------------------------	---



El adversario más eficaz de la morfinomanía.

No produce intolerancia, ni la euforia [propensa al vicio. La escopolamina asociada a la morfina refuerza su actividad terapéutica y a la vez suprime sus inconvenientes.

Analgésico: Todas las indicaciones de la morfina, en oposición al elemento dolor.
Hipnótico y sedante: Insomnios dolorosos. Manías, delirios, alucinaciones. Sedación previa a la anestesia quirúrgica, reducción de luxaciones y fracturas, partos dolorosos.

Antiespasmódico: Mal de Parkinson. Disnea de los asmáticos, aórticos y urémicos. Mareo. Contracción esfíntérica anal, uretral o vesical.
Hipocrínico: Sudores profusos nocturnos de los tuberculosos.
Desmorfinizante: Curas de desmorfinización.

Cuando no pueda inyectarse **SEDOL**, se prescribirá **SUPOSEDOL** (supositorios de igual composición).

Garantizado por el farmacéutico J. L. GALLEGO.—Madrid.

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Terapéutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

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

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

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

Solicítense Muestras Gratis

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Agente Gen^l para España: **FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)**

CORTEZO

Ayuntamiento de Madrid

PASEOS DE
UN SOLITARIO
DOS TOMOS
Librerías.

qui à une grande science unissent un esprit
généreux, une âme noble et qui savent s'élever
au-dessus d'un nationalisme étroit pour n'arriver
qu'à la Vérité.

En vous exprimant toute ma gratitude, je rendrais
la due à tous ceux qui, avec vous, honorent
notre fait scientifique Bonnier et son œuvre.

Je vais publier une brochure sur la Centothèse
suprême en France et en Espagne où je ne ferai
un devoir de rappeler tout ce que Bonnier et
Bonnier doit à vous et à vos collègues.

Veuillez agréer, Monsieur, l'expression de
mes sentiments de haute considération

J. J. Bonnier

Sólo por evitar las posibles dificultades de lectura
a que da lugar el manuscrito y su reproducción, nos
permitimos castellanizar su texto:

Lugar y fecha.—Señor.—Terminaba de leer vues-
tra Centroterapia y me proponía escribiros, cuando
el Dr. Klotz me ha traído el libro con la emocional
dedicatoria que me hacéis el honor de enviarme.—
Debo, pues, daros las gracias doblemente.—Vuestro
libro, tan admirablemente documentado, tan eleva-
damente pensado, los sentimientos tan nobles que os
han decidido a escribirle, me han conmovido viva-
mente y han sido un gran consuelo para mis hijos y
para mí en medio de todas las tristezas que el asunto
Asuero nos ha proporcionado.—Esta obra de justicia,
como decís en vuestro prefacio, emprendida por vos
y algunos otros sabios españoles, hace honor a la
memoria de Pedro Bonnier y aporta a vuestro país
un tributo de estima y de admiración.—España pue-
de estar orgullosa de poseer hombres que a una gran
ciencia unen un espíritu generoso, un alma noble y
que saben elevarse por encima de un nacionalismo
estrecho para no mirar cara a cara sino a la Ver-
dad.—Al expresaros toda mi gratitud, yo querría
manifestarla a todos los que con vos, señor, han he-
cho conocer Bonnier y su obra.—Voy a publicar un
librito sobre la Centroterapia en Francia y en Espa-
ña, en el cual me haré un deber de recordar todo lo
que el nombre de Bonnier debe a vos y a vuestros
colegas.—Agregad, señor, la expresión de mis senti-
mientos de alta consideración.—Doctor E. Bonnier.

No se nos oculta que la versión es poco literaria
desde el punto de vista castellano, pero hemos desea-
do guardar a la letra el contenido de esta preciosa
carta.

De D. Francisco Javier Cortezo
a la señora viuda de Pierre Bonnier,
doctor en Medicina de la Facultad
de París. Faub. St. Honore, 166.

Madrid y 1.º de Febrero de 1930.

Señora mía y admirable dama:

El honor que usted me hace con su carta despierta en mí el sincero temor que siempre guardo a parecer soberbio. Permitid, pues, que antes que ningún otro aseveramiento os manifieste que yo no soy un sabio y si tan sólo un decidido amante de la verdad y la justicia.

Si estos son merecimientos que supongan un premio tan valioso como el que significan vuestras gentilísimas palabras, en nombre de la Verdad y la Justicia le acepto y me honro con él y en hacer público mi agradecimiento.

Es cierto que en España no era bien conocida la personalidad, tan altamente científica, de vuestro esposo, pero ello no quiere decir que muchos no la conociéramos y estimásemos.

Más tristemente cierto es que los hombres profesionales de todo el mundo ponen más categórico en las afirmaciones y las negociaciones que empeño y tiempo en el perfecto conocimiento de aquello que niegan o defienden.

Samuel Hahnemann, Pasteur, Bonnier, Richet, Pirquet y Storm van Leeuwem, Lumiere..., ¡cuántos más!, en nuestras disciplinas científicas son ejemplo clarísimo de esto que digo.

Los procedimientos terapéuticos más universalmente admitidos han demostrado mil veces la incompreensión de los precipitados aceptantes en las discusiones habidas *a posteriori* de su frenético empleo. Recordemos a Koch, a Bier, a Herlich... En Biología, los hechos nos dan la razón y la torpe aplicación de sus deducciones nos confunde. Pero ello es más nuestra culpa que del investigador que propone.

Yo ignoro, en el caso concreto de la DEFENSA ORGÁNICA Y LOS CENTROS NERVIOSOS y su consecuencia la CENTROTERAPIA, qué fundadas y científicas razones pueden darse para combatir las, y, de esta mi ignorancia, deduzco forzosamente que la negación de los hechos experimentales de Bonnier y de su luminosa teoría, no es sino la obra de falta de un detenido estudio.

No sería discreto señalar aquí la descomunal ignorancia que suponen ciertas afirmaciones aparecidas por causa del asunto Asuero, tan al margen de esta cuestión científica, pero sí me hago un deber de señalaros que sólo en broma puede admitirse que, quienes hemos procurado estudiar a Bonnier, toleremos que se nos llame *asueristas*.

Yo defendí, acaso el primero, en la Prensa científica, la actuación del Dr. Asuero desde el punto de vista de las enseñanzas de Bonnier; a esto me limité y en esto sigo en tanto no me digan algo que seriamente me convenza de lo contrario.

Podéis, señora, suponer que cuanto fué antece-

dente a Bonnier y consecuente a su fallecimiento, ha sido sopesado por mí con toda mi buena voluntad, y poniendo en su servicio mis modestos medios, y que me es grato concluir renovando ante usted mi admiración a la ciencia y genial talento de vuestro esposo.

La marcha de los conocimientos científicos no puede sino terminar llevando a la tumba de Pierre Bonnier el testimonio de reconocimiento a sus aportaciones a la Fisiología y a la Terapéutica modernas.

Nada más, señora, si no es agradecer a usted su carta y ponerme a vuestros pies, q. b.,

F. JAVIER CORTEZO

Sanidad teórica y práctica.

¿La sanidad es o no es función necesaria? Desgraciadamente, en España la sanidad es tan pródiga en leyes, que a ésto hacen referencia, como está falta en el cumplimiento de las mismas.

De no haber decaído en la actualidad el antiguo afiorismo de *salus populi suprema lex est* (sea la ley suprema la salvación del pueblo), quedaría con él demostrada la importancia de la sanidad; mas a pesar de eso, según cuentan sus altos mandatarios y a juzgar por lo que leemos diariamente en la Prensa, tanto política como profesional, la sanidad es de alta trascendencia, puesto que su cumplimiento supone vida, capital y dinero, como sabemos por el dicho vulgar de que «salud y pesetas, es tener salud completa».

Siendo el objetivo primordial de la sanidad la conservación de la salud y la prolongación de la vida, queda con ello demostrada su alta importancia y necesidad, puesto que la primera condición deseable para el hombre es la de vivir, y la segunda, la de vivir bien, es decir, sano, puesto que ello supone alegría, bienestar y riqueza, cualidades que en la vida moderna es imposible que puedan darse sin tener en gran estima los altos preceptos sanitarios, que han de regular a las grandes multitudes, puesto que la aglomeración de éstas ya constituye por sí sola una gran predisposición a enfermar.

Tiende muy principalmente la función sanitaria a evitar la propagación y extensión de todas aquellas enfermedades conocidas con la denominación de infecciosas o contagiosas, por su carácter de propagación entre las multitudes, y siendo éstas las más en número y las de mayor importancia por su desarrollo y secuelas, dedúcese de ello la importancia y trascendencia que puede tener la sanidad.

¿Quiénes son los que han de desempeñar la función sanitaria inspectora? Al hacer esta pregunta yo desearía saber la opinión que sobre ella tienen todos los altos dignatarios de la sanidad, y de buen grado preguntaría a todos estos muy dignos señores: ¿Creen ustedes que para hacer sanidad en España son suficientes un inspector en cada provincia, tres inspectores generales en Madrid, un director general de Sanidad y un Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación? ¿Creen ustedes ser posible que con tan escaso personal estén atendidas todas las necesidades sanitarias de la nación? ¿Sólo un inspector provincial de Sanidad puede atender todas las necesidades sanitarias de su provincia, capital, cabeza de partido y pueblos de más reducido vecindario? ¿O es que suponen todavía que

el remedio máximo y exclusivo contra todas las epidemias es un parte sanitario donde se da cuenta de que la epidemia existe y con sólo esto es suficiente para que aquélla desaparezca? Esto podrá ser el tejido conjuntivo y, hasta si quieren, los vasos y los nervios, pero nunca el órgano que ha de desempeñar la función; este órgano, constituido por un conjunto de células, han de ser los inspectores municipales de Sanidad, que son los que, con su acción, han de constituir aquéllas, dando con esto vitalidad al órgano, y mientras esta célula no se constituya, y hasta que la misma no desempeñe la función a que se ha destinado, ni puede haber sanidad, ni podemos hablar de ella en España, porque no es posible la lucha contra las enfermedades epidémicas o inevitables, ni su aborto respectivo, cuando aquéllas no son dominadas o sofocadas desde el primer momento, no su foco de origen, y este su primer foco de origen está regularmente, en la inmensa mayoría de los casos, en manos de los médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, y por lo tanto, el suprimir la acción de éstos equivale a suprimir todo o casi todo el valor que en si puede encerrar la sanidad.

Así resulta ser la sanidad en España tan pródiga en leyes y disposiciones oficiales, como estar falta absoluta del cumplimiento de las mismas, porque este cumplimiento sólo podrá ser ejercido por los médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, pero no como en la actualidad se encuentran establecidas, pues mientras el inspector no tenga una independencia absoluta y, sobre todo económica, es imposible que se le pida ejercer la función sanitaria, puesto que se encuentra atado de pies y manos para ejercer dignamente tan excelsa función.

¿A qué obliga la función sanitaria? Todos los médicos sabemos por estar marcado en el Reglamento de Sanidad municipal, las obligaciones que tanto los municipios populosos como los pueblos de menor vecindario tienen contraídas con arreglo a dichas disposiciones y con relación, por tanto, al cumplimiento de la función sanitaria, como saben también todos sus municipios de la imposibilidad de su cumplimiento.

Mientras no se emancipe al médico del Ayuntamiento, del cacique y del igualatorio, emancipación que no puede llegar mientras que no sea pagado en estos sus tres aspectos por el Estado, que le desligue en absoluto del municipio como tal inspector, le separe del cacique como médico titular de la Beneficencia, y le aísle como médico libre de sus igualados; mientras esto no suceda y la función sanitaria en ejercicio siga costando la vida a sus funcionarios, ¿quién es el valiente que se atreve a desempeñarla y a imponerla? ¿Creen ustedes, altos dignatarios de la sanidad, que mientras las inspecciones estén dotadas de ciento a trescientas pesetas, mientras el médico dependa del Ayuntamiento, esté sujeto al cacique y bajo el imperio y dominación de sus clientes, puede haber sanidad? Yo me atrevo a asegurar que es imposible el ejercicio de dicha función mientras los médicos no tengamos un sueldo decoroso, pagado por el Estado, con el que podamos sufragar siquiera las más elementales necesidades de la vida, y mientras no seamos completamente libres de los pueblos y de sus municipios, no puede haber ni puede ejercerse la función sanitaria, pues mientras dicha independencia no sea absoluta y completa, fallará la cuerda siempre por lo más flojo y en este caso lo más flojo es la función sanitaria.

No creo que a un hombre de carrera que supone sus doce a catorce años de trabajos, sufrimientos y penalidades, con la exigencia actual de unas reñidas oposiciones

y con la necesidad creada de la asistencia a Escuelas especiales o a Institutos de Higiene para especializarse, como al presente se dice y se hace, asignándole como resumen de todos estos trabajos un sueldo de ciento a trescientas pesetas, no creo, digo y sostengo, que puedan exigírsele muchas cosas, antes de darle la independencia de los que desgraciadamente ahora como antes, siguen mangoneando los pueblos, y como siempre teniendo a todos a raya y de modo muy especial a tan beneméritos funcionarios, a quienes su función en la actualidad con suma facilidad les cuesta la vida, como lo pregona la última muerte ocurrida a un desgraciado señor inspector veterinario, en el ejercicio de tan excelsa función, causada por un lechero.

Por último, la sanidad no puede ser municipal. Demostrado está hasta la saciedad que el entregar la autonomía a los municipios, en el orden sanitario, es tanto como otorgarles carta abierta para que nunca haya en ellos sanidad, puesto que en su mayoría, ni la sienten, ni la quieren, ni la desean, ni la satisfacen; teniendo todo ello su explicación muy natural, puesto que no la sienten por desconocer en absoluto sus grandes beneficios; no la desean, porque no la dan la importancia que tiene, y no solo no le dan su importancia, sino que arteramente se la quitan, y no la satisfacen, sencillamente, porque la sanidad rara es la vez que no cuesta dinero, y como ni la inmensa mayoría de los pueblos ni sus municipios quieren desprenderse de él, éste constituye el motivo fundamental por el que adrede no quieren que dicha función se satisfaga, agregando a ello la rutina y el trabajo que les cuesta desprenderse de sus costumbres tradicionales o ancestrales, otro de los motivos fundamentales por el que hacen cuanta oposición y resistencia pueden en contra de que la sanidad tenga lugar y se practique.

Bien palpable y evidente lo tenemos en la actualidad, en que con un buen Reglamento de Sanidad municipal, con las mejores disposiciones de un Excmo. Sr. Ministro de la Gobernación, interesadísimo para que aquél se cumpla y animados por el mayor interés de un Gobierno presidido por un ilustre general, interesado en que la justicia brille por todas partes, y así todo, por lo que hace referencia a sanidad, en su inmensa mayoría queda sin cumplimiento, por falta material de poder ejercer la acción sanitaria sus valedores, y no digamos ni creamos que esto ocurre sólo en los pueblos pequeños y de escaso vecindario, faltos de cultura y de instrucción, pues sucede lo mismo en los pueblos de mayor vecindario y hasta en las capitales de provincia. ¿Y por qué ocurre esto? Pues sencillamente: 1.º, porque al inspector cuesta su función la vida; y 2.º, porque nada gana el inspector con el ejercicio de dicha función.

Hágase a la sanidad independiente de toda mistificación; dése a los médicos independencia absoluta de las localidades donde ejerzan su función; retribúyase dignamente el ejercicio de este cargo, y yo aseguro que los médicos harán sanidad, pues no se puede achacar, como malas lenguas propalan, a falta de capacidad el ejercicio de esta función: yo aseguro que los médicos todos, están tan sobrados de esa capacidad para ejercer tal función, como faltos de la misma para exigir lo que en justicia se les debe y se les tiene prometido, sin que hasta el presente, desgraciadamente hayan podido alcanzarlo.

JOSÉ ALLÉN

Médico titular.

Torrelobatón, a 5 de Diciembre de 1929.

Inauguración de la Sociedad científica del Instituto Hispano Americano de Otorrinolaringología,

31 de Enero de 1930.

Primera sesión científica del Instituto Hispano Americano de Laringología (Presidencia Dr. Acosta). Abre la sesión el Dr. Tapia para en sencillas y elocuentes palabras exponer el objeto de la Asociación, que es el de presentación, estudio y discusión serena de los casos clínicos que se presenten en los servicios clínicos, recopilación de los mismos para que los datos interesantes no se pierdan.

Expone a la consideración de los ausentes la aprobación de la Junta directiva, constituida por presidente, profesor A. G. Tapia; vicepresidente, Dr. Acosta; vocal, Huarte Mendíeta; secretario general, Dr. Iruete; ídem adjunto, Dr. Rafael G. Tapia; bibliotecario, Dr. Andreu; tesorero, Dr. Carrero.

Dr. A. G. Tapia H.: «Un caso de osteoma de la punta de la mastoides». Descripción detallada del caso, que fué resultado de un hallazgo operatorio.

Dr. Iruete cree que es un secuestro.

Dr. González Duarte cree que hay que tener sobre esto un criterio ecléctico.

Prof. A. G. Tapia cree que es un osteoma, pero siempre esperando lo que diga el examen histológico.

El Dr. A. G. Tapia H. rectifica insistiendo en sus puntos de vista.

Dr. Andreu: «Epitelioma de la hipofaringe». Descripción minuciosa del caso.

Dr. A. Azpeitia: «Tratamiento de las amígdalas sacromatosas por los rayos X (con presentación de enfermos) y proyección de radiopatías». Curación de tres casos.

Prof. A. G. Tapia se felicita de que los rayos X hagan lo que la cirugía es incapaz de realizar en estos casos de tumores malignos de amígdalas.

Dr. González Duarte: «Caso de estenosis esofágica tratada por cateterismo retrogrado». Estenosis consecutiva a haber tragado lejía y tratada por el disertante años después del establecimiento de la estenosis.

Dr. Acosta: insiste sobre las dificultades de cateterismo que presentaba esta enferma y explica la fabricación del primer hilo que se introdujo por el esófago de la enferma para poder realizar la gastrotomía con éxito.

Profesor A. G. Tapia: hace resaltar la importancia de un buen diagnóstico, imposible de realizar exclusivamente por la esofagoscopia, si no va ayudado por la radiografía. Citando un caso de estenosis esofágica, que, a primera vista y por esofagoscopia, daba impresión de humor maligno.

El Dr. Duarte rectifica brevemente.

Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

Notas del Congreso Internacional del cáncer de la piel.

La ionforesis con el cinc en el tratamiento de los epitelomas parpebrales.—Dr. J. M. Simón, de París.

Refiere el ponente que en París, en 1927, el Dr. Dupuy Dutemps preguntó a la Sociedad de Oftalmología de París

cuál era el tratamiento de elección del epiteloma parpebral. En Septiembre pasado, el Dr. Vellard, en el Congreso de Oftalmología de Amsterdam, dió como pauta que las pequeñas neoplasias se extirparan. La ionforesis la dió a conocer Leduc, en 1903, en el Congreso de Augers. El autor cree que en el epiteloma parpebral es donde tiene su principal indicación. Ha tratado por ella 15 enfermos, y en 14 la curación fué completa. Número de sesiones, entre una y seis. No cree que deba excluirse el radium ni la cirugía, por tener sus indicaciones bien marcadas.

Cáncer del oído externo.—Profesor Dr. Casadesús, de Barcelona.

Dice ser poco frecuente en la práctica otorrinolaringológica, pues lo tratan preferentemente los dermatólogos. Ferrari señala sólo el 1 $\frac{1}{2}$ por 1.000 entre 5.000 enfermos del oído. El más común es el del pabellón, y frecuentemente son epitelomas espinocelulares, de preferencia en la circunferencia del hélix, de curso lento, se ulceran por el rascado, y entonces aceleran su marcha. La invasión ganglionar es muy tardía, lo que permite obtener buenos resultados en el tratamiento. Hace el diagnóstico diferencial con el lupus, con la lúes gomosa. La intervención quirúrgica es el tratamiento de elección si es operable sin gran deformidad. El radium da buenos resultados. En el conducto auditivo externo pueden ofrecer la forma anatomopatológica de carcinoma glandular, o bien la epidermoide; la primera suele ulcerarse tardíamente, en cambio, con más facilidad que la del pabellón, da lugar a metástasis. La forma epidermoide, tanto en su aspecto como en su evolución, es análoga a la del pabellón. En estos casos se muestra el ponente poco partidario del tratamiento quirúrgico; cree que es en donde está más indicado el radium. Termina su ponencia con la descripción de algunos casos clínicos.

Cáncer del oído externo.—Dres. Barrio de Medina y González Villanueva, de Madrid.

Después de unas consideraciones generales, pasan al estudio del epiteloma del pabellón de la oreja, diciendo que es poco frecuente. Describen su sintomatología y admiten dos formas principales: la vegetante y la ulcerosa. Insisten mucho sobre la precocidad del diagnóstico, del cual depende el éxito de la curación. Establecen el diagnóstico diferencial entre los tumores benignos con ciertas dermatosis, con el lupus, la lúes en su período primario y terciario. Al llegar al tratamiento, creen que éste es esencialmente quirúrgico extirpando la neoplasia y los ganglios de la región si son sospechosos. Exponen su parecer en el tratamiento roentgen y radium, así como las técnicas a emplear. Hablan también de la electrocoagulación, de la termo y galvanocauterización, de la crioterapia, de los rayos ultravioleta, de la electrolisis y, finalmente, de los medios químicos. Aconsejan la extirpación seguida de irradiación.

En capítulo aparte tratan del sarcoma del pabellón. Afección rara, que aparece entre los veinticinco y treinta y cinco años; tiene preferencia en el lóbulo de la oreja e histológicamente presenta dos variedades: sarcomas fibroblásticos en sus distintas formas y los linfoblásticos. Describen la sintomatología clínica y su evolución lenta, siendo más rápida en los linfosarcomas. Hacen el diagnóstico diferencial con los tumores benignos, fibromas, angiomas, quistes, y en cuanto al pronóstico, dicen que está en relación con la reacción conjuntiva que histológicamente presenta el tumor. Tratamiento: rayos X y radium.

Seguidamente describen el cáncer del conducto auditivo externo, diciendo que es menos frecuente aún que el del pabellón. Adopta también la forma vegetante y la ulcerosa. El diagnóstico es fácil por ser pocas las afecciones con que

puede confundirse. Pronóstico grave. Tratamiento quirúrgico seguido de rayos X o radium. En cuanto al sarcoma del conducto auditivo externo que se presenta en la infancia y en la adolescencia, sin que se conozcan sus causas, asentando en el conducto óseo, es de mal pronóstico. El poco tratamiento a hacer es el quirúrgico si se llega en los comienzos de la afección. La terapéutica física no tiene acción sobre el sarcoma del conducto auditivo externo.

Discusión.—El Dr. Vicente Carulla interviene en la discusión de este último tema, invitando al Dr. Barrio de Medina a que le señale un solo caso de sarcoma del pabellón.

El Dr. Barrio se ratificó en sus observaciones

Con esta ponencia cerró sus actos científicos el Congreso Internacional Monográfico del Cáncer de la Piel, cuyas ponencias nosotros hemos reseñado detenidamente, y una por una, junto con las discusiones y ratificaciones habidas.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA

Sesión inaugural y los mitos de la locura en la antigüedad grecorromana.—Dr. Wifredo Coroleu.

Se celebró la sesión pública inaugural de curso de la Real Academia, bajo la presidencia del Dr. A. Pi Suñer. Empezó el acto leyendo el vicesecretario, Dr. Suñé y Medan, la relación de las tareas en que se ocupó la corporación durante el año anterior.

El Dr. Coroleu, secretario perpetuo de la Real Academia, leyó el trabajo que le correspondía por turno acerca de «Los mitos de la locura en la antigüedad grecorromana». Hizo un detenido estudio de carácter médico-histórico, glosando la influencia que tuvieron los dioses, genios y héroes en la anormalidad mental, tanto en Grecia y Roma como en la India, Egipto y Asia menor, y aduciendo datos de arqueólogos e historiadores, y reproduciendo pasajes de poetas y dramaturgos, para deducir que el tema de la locura fué siempre patrimonio de la conciencia popular universal.

Seguidamente fueron abiertas las plicas: por el «Estudio topográfico-médico de Navarclés», le fué concedida mención honorífica a D. Antonio Gresa de Camps; el Premio Gari, de 4.000 pesetas, y título de socio correspondiente, se otorgó a los Sres. Puche y Bofill, y el accésit, de 1.000, y título de socio correspondiente, a D. Francisco Salamero.

El presidente, después de recordar las gestiones para conseguir el nuevo edificio social, así como la solemne inauguración, expuso el programa de la futura labor de la corporación, en armonía con las necesidades del tiempo y los problemas médicos y científicos de actualidad, señalando la unidad de propósito con la Academia de Medicina de Madrid, y detallando la forma de actuación de la de Barcelona, con el porvenir, especialmente a la vida interacadémica por un organismo de enlace con las corporaciones hermanas de Ciencias y Artes y de Buenas Letras, integrando juntas un Instituto; finalmente, declaró inaugurado el curso académico.

ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MEDICAS DE CATALUÑA

Sobre el diagnóstico de las miopatías.—Dres. Alsina Bofill y Tolosa Colomer.

El diagnóstico de las distrofias musculares miopáticas es extremadamente sencillo en los casos típicos. Recuerdan los seis puntos en que se funda Oppenheim para distinguir las

miopatías de las formas mielopáticas y neuríticas: comienzo en edad juvenil; presentación hereditaria o familiar en la mayoría de los casos; iniciación de la atrofia en la musculatura del tronco y en la raíz de las extremidades; combinación de la atrofia con hipertrofia auténtica o aparente; falta de contracciones fibrilares, y simple disminución de la excitabilidad eléctrica sin alteraciones cualitativas.

Las cuatro primeras características de Oppenheim los autores no las admiten como clásicas y las dos últimas aún pueden considerarse como bases esenciales para el diagnóstico de distrofia muscular miopática.

Señalan el hecho de que existen algunos casos de esta naturaleza que no han podido resistir un examen eléctrico minucioso sin mostrar que la cualidad de su reacción era también deficiente. Citan algunos casos ya señalados en la literatura neurológica: Erb, Eisenlohr, Hoppe, Abadie, Mendel y Hanshalte. A estos agregan dos nuevos casos observados por ellos en el servicio del profesor Ferrer Solervicens. El primer caso sería absolutamente típico de miopatía la reacción de degeneración de lado. En el segundo caso las anomalías no se limitan solamente a las reacciones eléctricas, sino que es todo el cuadro clínico el que ofrece fuertes divergencias con el síndrome miopático clásico. En este último caso la topografía de las amiotrofias recuerda la de la enfermedad de Charcot-Marie.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

CURSO SOBRE TUBERCULOSIS

Programa del que ha de celebrarse del 6 de Marzo al 16 de Abril bajo el Patronato de la Dirección general de Sanidad y con el concurso de las Organizaciones oficiales:

El curso estará integrado por trabajos clínicos, de laboratorio, por conferencias generales y, finalmente, por visitas a Centros relacionados con la especialidad.

El número de sesiones clínicas será el de 30, de las cuales se dedicarán tres al estudio especial del servicio en un Dispensario. El de inscripciones se limita a 60, divididas en seis grupos de diez cada uno.

El número de conferencias será el de 17, y se dedicarán 13 sesiones a los trabajos de laboratorio. Finalmente, la semana comprendida entre el 10 y el 17 de Abril se dedicará a visitas de Sanatorios, Dispensarios y Centros relacionados con la especialidad.

Al terminar el curso se expedirá a los que a él concurran un certificado para que puedan acreditarlo donde convenga. El precio de la matrícula será de 150 pesetas, debiendo hacerse la inscripción en la Inspección provincial de Sanidad de Madrid, indicando el grupo a que se desea pertenecer.

Primer grupo.—Profesor: Dr. Codina.—Sanatorio Valde-latas, Hospital General. Dispensario Municipal.

Los inscriptos en este grupo asistirán al Dispensario de las Peñuelas, con el Dr. Verdes Montenegro, los días 10, 11 y 12 de Marzo. Las prácticas de laboratorio las tendrán en el Hospital de la Princesa con el Dr. La Rosa, y en el Instituto provincial de Higiene con el Dr. Vallejo.

Segundo grupo.—Profesor: Dr. Valdés Lambea.—Hospital Militar de Carabanchel.

Días de asistencia al Dispensario de las Peñuelas: 17, 18 y 19 de Marzo.

Sesiones de laboratorio en el Instituto de Alfonso XIII. Profesor: Dr. Partearroyo.

Tercer grupo.—Profesor: Dr. Crespo Alvarez.—Facultad de Medicina de Madrid.

Días de asistencia al Dispensario de las Peñuelas: 24, 25 y 26 de Marzo.

Sesiones de laboratorio: Dr. Mouriz, en el Hospital General.

Cuarto grupo.—Profesor: Dr. Palacios Olmedo.—Enfermería Victoria Eugenia.

Sesiones de laboratorio en el Dispensario María Cristina: Dr. Cerveró.

Días de asistencia al Dispensario de las Peñuelas, el 31 de Marzo y el 1 y 2 de Abril.

Quinto grupo.—Profesor: Dr. M. Tapia.—Hospital del Rey. Asistencia al Dispensario de las Peñuelas: los días 7, 8 y 9 de Abril.

Sesiones de laboratorio: Dr. Coca, en el Hospital del Rey.

Sexto grupo.—Profesores: Dres. Verdes Montenegro y Julio Blanco.

Los inscriptos en este grupo asistirán los lunes, martes y miércoles al Sanatorio Lago, y los restantes, al Dispensario de las Peñuelas.

Sesiones de laboratorio en el Sanatorio Lago.

CONFERENCIAS

Inaugural. Dr. J. F. Tello.—Anatomía patológica de la tuberculosis pulmonar. Día 6 de Marzo.

2.^a Dr. Ubeda.—Dificultades en el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar con otras enfermedades del tórax. Día 7 de Marzo.

3.^a Dr. Garelli.—Formas clínicas de la tuberculosis pulmonar infantil. Día 8 de Marzo.

4.^a Dr. Alvarez Sierra.—Primera invasión tuberculosa en los niños. Día 13 de Marzo.

5.^a Dr. Crespo Alvarez.—Los síndromes circulatorios en la tuberculosis pulmonar. Día 14 de Marzo.

6.^a Dr. Sayé.—Inmunoterapia en la tuberculosis. Día 15 de Marzo.

7.^a Dr. Valdés Lambea.—El metabolismo de los tuberculosos. Día 20 de Marzo.

8.^a Dr. Palacios Olmedo.—Hemoptisis: estudio clínico, diagnóstico diferencial y terapéutica. Día 21 de Marzo.

9.^a Dr. Verdes Montenegro.—Iniciación de la tuberculosis pulmonar en el adulto. Día 22 de Marzo.

10. Dr. Partearroyo.—Diagnóstico de las cavidades tuberculosas. Día 27 de Marzo.

11. Dr. Julio Blanco.—La frenicectomía en la tuberculosis pulmonar. Día 28 de Marzo.

12. Dr. Codina.—El neumotórax en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Día 29 de Marzo.

13. Dr. Eizaguirre.—Indicaciones y resultados de las toracoplastias. Día 3 de Abril.

14. Dr. M. Tapia.—Meningitis tuberculosa. Día 4 de Abril.

15. Dr. Castillo Martínez.—Estado actual de la vacunación en la tuberculosis. Día 5 de Abril.

16. Dr. Coca.—Los métodos de laboratorio en el diagnóstico de actividad de la tuberculosis. Día 9 de Abril.

17. Dr. Palanca.—El aspecto social de la tuberculosis. Día 10 de Abril.

Todas las conferencias, salvo aviso especial en contrario, se celebrarán en la Facultad de Medicina, a las siete de la tarde.

SESIONES DE TRABAJOS DE LABORATORIO

Se celebrarán con arreglo a los programas que los profesores respectivos señalen, siendo los días hábiles para

ello los siguientes: 10, 11, 12, 17, 18, 24, 25, 26 y 31 de Marzo, y 1, 2, 7 y 8 de Abril.

SEMANA DE VISITAS

Se verificará del 10 al 16 de Abril en la forma que oportunamente se indicará, y en ella, además de visitarse los Centros que se indican, existirán algunas disertaciones acerca de cuestiones referentes a tuberculosis sobre temas que se publicarán en programa aparte y con expresión de los profesores encargados de ello.

CENTROS QUE FIGURAN EN EL PROGRAMA

Dispensario Municipal, Sanatorio de la Fuenfría, Dispensario Andrés Mellado, Sanatorio Lago, Laboratorio Municipal, Preventorio de Guadarrama, Sanatorio de Valde-latas; Sanatorio de San Rafael, en Segovia; Sanatorio de Húmera, Instituto de Alfonso XIII, Escuela Nacional de Puericultura, Instituto del Cáncer, Institución provincial de Puericultura, Institución municipal de Puericultura.

Para la inscripción, dirigirse a la Inspección provincial de Sanidad, Gobierno Civil, Madrid.

Instituto municipal de Laringología y Sueroterapia.

INTUBACIÓN LARÍNGEA

El próximo día 15 de Febrero comenzará en este Centro un curso teórico-práctico a cargo del Dr. D. Antonio Martín Calderín, director del Instituto, con la colaboración de los Dres. Moreno de Vega y D. Angel Plaza, médicos del mismo.

Constará dicho curso de demostraciones prácticas en el local de la consulta y enfermerías del Instituto y de conferencias con arreglo al siguiente programa:

Lección 1.^a—Las anginas agudas en la infancia, formas clínicas, su importancia focal, diagnóstico diferencial.

Lección 2.^a—Anginas pseudomembranosas (diftérica, es treptocócica, etc.), ulcerosas (Vicent, agranulocítica, etc.).

Lección 3.^a—El tratamiento de la angina aguda, ídem de la angina crónica. Método quirúrgico de elección.

Lección 4.^a—Laringitis en la infancia, concepto actual del crup y pseudocrups.

Lección 5.^a—Normas terapéuticas en los procesos crupiales.

Lección 6.^a—Diagnóstico bacteriológico de la amigdalitis y estenosis laríngea infantil.)

Lección 7.^a—La exploración de la laringe en la infancia. Métodos más corrientemente usados.

Lección 8.^a—Reacción de Schik; inmunización activa.

Lección 9.^a—Intubación laríngea, su historia y fundamentos, instrumental, intubación abierta y cerrada, intubación directa.

Lección 10.—Estado actual de la intubación laríngea, su técnica.

Lección 11.—Indicaciones y contraindicaciones de la intubación laríngea.

Lección 12.—Complicaciones laríngeas de la intubación atíngea

Lección 13.—Complicaciones no laríngeas de los intubados.

Lección 14.—Traqueotomía, indicaciones, técnica e instrumental.

Lección 15.—Juicio comparativo entre la intubación y la traqueotomía.

El curso comenzará el día 15 de Febrero, a las nueve y media de la mañana.

Los médicos que deseen inscribirse lo harán en la Administración del Instituto, calle de Cristóbal Bordin, número 25, de diez a once de la mañana.

La inscripción es gratuita y el número de alumnos limitado a 10, considerándose cerrada la matrícula al alcanzar esta cifra de inscriptos.

La Beneficencia en Zaragoza.

Ante numeroso público, en el que figuraban muchos médicos, ha pronunciado, en el Centro de la Unión General de Trabajadores, su tercera conferencia sobre el tema «Es inaplazable la construcción de un nuevo hospital», el decano de la Beneficencia provincial de Zaragoza, doctor Gómez Salvo.

El orador puso de relieve las necesidades de una población de la importancia de la capital aragonesa, declarando que para cada 300 vecinos hace falta una cama, y para Zaragoza y su provincia se necesita un hospital con 1.132 camas, y no tenemos ni siquiera la mitad del número de estas camas. El presupuesto de gastos para el nuevo hospital es de 16 millones. Sólo tenemos cuatro. Es decir, no los tenemos, porque es el valor de los solares que dejaría el hospital viejo al ser derribado. Hacen falta, pues, 12 millones, que saldrán del Estado, de los pueblos de Zaragoza, de los aragoneses ricos o de los obreros para cubrir esta necesidad apremiante.

Relacionado con el Sr. Gómez Salvo, que, en la conferencia a que antes aludimos, fué aplaudidísimo, parece que está un asunto que en la Prensa se ha referido con posterioridad al acto reseñado.

Parece ser que la Comisión permanente de la Diputación provincial de Zaragoza acordó cubrir la vacante de director de los establecimientos de Beneficencia provincial, producida por fallecimiento de D. Francisco Sarria, designando para dicho cargo al subdirector D. José Vidal.

Al conocerse la noticia de este nombramiento, todos los médicos han exteriorizado enorme descontento, porque sustentan el criterio de que la dirección de los establecimientos de Beneficencia provincial debe correr a cargo de un médico del Cuerpo, y habían propuesto para el cargo al decano del Cuerpo de la Beneficencia provincial, Dr. Gómez Salvo, de gran prestigio profesional, que actualmente dirige una intensa y popular campaña en favor de la intensificación de la obra de la Beneficencia.

Ha habido protestas ante la Diputación y el gobernador y se dice que serán elevadas hasta el ministro de la Gobernación.

LA LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS

En Palacio, y bajo la presidencia de S. M. la Reina, se ha reunido la Junta de la Liga Antituberculosa; reunión de la cual el conde de Casal facilitó la siguiente nota:

«La reunión ha sido la anual del Patronato de la Lucha Antituberculosa de España, que preside la Reina. Yo soy el presidente delegado. Ha asistido la mayoría de las damas: la vicepresidenta, marquesa de la Romana; la condesa de Romanones, duquesa de Lécer, señorita Mercedes Castellanos, marquesa de Miraflores, vizcondesa de

Fefñanes, señorita de Fernández Villaverde, baronesa de Satrustegui, duquesa de Santo Mauro, duquesa de la Victoria, y también el director de Sanidad, que es el director técnico de la obra; el secretario, conde de Solterra; el tesorero, conde de Floridablanca, y contador, marqués de Borgheto.

El secretario dió lectura a la memoria, en la que se precisa la labor realizada durante el año. Ya se dará de ella una referencia más extensa. El director de Sanidad dió cuenta de la labor realizada desde su departamento, y el conde de Floridablanca, de los datos de Tesorería. Yo por mi parte he glosado la memoria y he hablado acerca del plan a desarrollar en el año que comienza. Se hará lo que permitan las disponibilidades; pero desde luego se dará un avance al Sanatorio de Espuña, en Murcia; al de Guadalajara, al de Cesures (Pontevedra) y al de Benaocaz, en Cádiz.

Se terminarán también las obras que se están realizando en los Dispensarios de Madrid y las del Preventorio Infanta Isabel, en San Rafael.

Su Majestad la Reina ha hablado después para elogiar la labor de la Junta y darle su aprobación. Ha regalado un reloj de oro con sus cifras al arquitecto Sr. Cárdenas por su trabajo gratuito. Igual regalo hará al arquitecto D. Amós Salvador.»

Con gran actividad se trabaja para establecer en Valladolid la enfermería Victoria Eugenia, que consistirá en un amplio pabellón anejo al Hospital Provincial, solo para tuberculosos.

El Estado contribuirá con cien mil pesetas, la Diputación dará igual cantidad, el Ayuntamiento aportará cinco mil pies de terreno y los terrenos donados por la Facultad.

NECROLOGIA

EL DOCTOR FÉLIX EGAÑA

Ya habrá llegado a nuestros lectores, por medio de la Prensa diaria, la triste noticia: el Dr. Egaña ha muerto.

Pocas líneas bastan para recordar a todos lo que este hombre valía y lo que significa su pérdida.

No es preciso rebuscar en las tinieblas ni en los laberintos para hacer resplandecer la clara luz de sus méritos. No era hombre que trabajase en la sombra. Su labor era conocida de todos sus compañeros y de multitud de profanos que tal vez no le vieron nunca.

Aunque estudió su carrera en la Facultad de Madrid, puede decirse que su disciplinado espíritu se formó en Alemania, Francia y Suiza, en donde evidentemente vibró con toda intensidad su afición a la Tisiología, afición que de no haber hallado en su cerebro un nido calido lleno de aptitudes, no hubiese logrado de él prestigio que su talento colocó al lado de la buena voluntad que le caracterizaba.

La labor de Egaña en el Sanatorio de la Fuenfria es conocida y elogiada de todos y por todos.

Descansen en paz el ilustre tisiólogo, con el que pierde España un hombre de ciencia y un trabajador.

A. C. C.

Academias, Sociedades y Conferencias

Miércoles 29 de Enero. Junta general en el Colegio de Médicos.

En la presidencia, el vice, Dr. Abreu, acompañado por los directivos Haro, Oller, Carrasco, Verdugo, Díaz Gómez y Ruiz Heras que, como secretario, procede a la lectura de una tan meditada como diáfana y bien escrita memoria, en que deja patente el considerable aumento de colegiados, reformas introducidas en la distribución de servicios, mejora miento y facilidad con que éstos gracias a ellos se desenvuelven, etc., etc. El Dr. Oller, por su condición de tesorero, lee a su vez cuanto al estado económico y venidero presupuesto del Colegio atañe, dejando bien demostrado el auge y prosperidad en que se encuentra. El Dr. Yagüe se extraña de que la consignación para el fomento de la Biblioteca no se haya utilizado, dejando sin llenar atención de tan extraordinaria y primordial importancia. El Dr. Sanchis Banús da acerca de esto satisfactorias explicaciones, habida en cuenta el transitorio estado de movilidad que la Biblioteca ha sufrido. El Dr. Carrasco hace la reseña de la actuación de los comisionados ante la Asamblea de Colegios Médicos en Barcelona, en un todo acomodada a las instrucciones recibidas al efecto. El Dr. Torres Fraguas no lo entiende así, porque deduce lo contrario de la información que, publicada en *La Medicina Ibero*, lee, dando lugar a que a ella opusieran terminantes mentís los Sres. Sanchis Banús y Ruiz Heras, y a que el director de la revista citada se viera en la precisión de hacer algunas aclaraciones. Pasado el nublado, el doctor Calderín propone se abonen los gastos causados a la Comisión que en representación del Colegio fué a Barcelona, siendo la proposición rechazada. La Junta de gobierno propone la ampliación y mejora de la Biblioteca, unánimemente aceptada con aplauso, y a ella ofrecen muy estimables ofrecimientos de auxilio, que el Dr. Lafora, como presidente de la Academia Médico Quirúrgica, y el Dr. Sanchis Banús, como colegiado, formulan. El presidente, agradecido, enaltece tan altruistas ofrecimientos. Y, por último, el Dr. Ruiz López suplica se gestione del Municipio que dé el nombre del doctor Ferrán a una calle madrileña, levantándose acto seguido la sesión, que en resumen quedó reducida: a prestar por aclamación su asenso a las memorias de Secretaría y Tesorería y a la actuación de los comisionados en Barcelona, únicos sustanciales asuntos de antemano consignados en la orden del día.—*Sedisal*.

Jueves 30 de Enero. Con pequeño lapso de tiempo a la anterior, celebró en el salón grande del Colegio su sesión inaugural la *Sociedad Española de Hidrología Médica*, presidida por el Dr. Rodríguez Pinilla, con asistencia de nutrido contingente de asociados del Cuerpo y no pocos aficionados.

El Dr. Santos Revuelta, secretario, lee la Memoria en que condensa lo que, a su juicio, como digno de mención debe consignarse durante el trienio transcurrido; estimula a todos a que sigan el ejemplo alentador que mantuvieron siempre los compañeros de merecida recordación, Montero, Bedoya, Bonilla, Moreno Zancudo, Taboada, Gurruchari y otros; acabando por dedicar un sentido recuerdo a los socios fallecidos Barrientos, Portela, Tena Sicilia, Bellido, Morales, Pérez, Vigil, Miralluelo, Bort, Cebrián, Pons y Minagorre.

El presidente, Dr. Rodríguez Pinilla, lee el discurso en que, con el enunciado «Nuevos problemas en Hidrología», pasa revista a cuanto como bueno y fundamental nunca debe perderse de vista, a lo que como accesorio y circuns-

tancial debe conservarse, y a lo que como complemento necesario expresa como aspiración razonable en los párrafos finales del discurso que a continuación transcribimos:

«Y mientras no sea posible contar con hospitales en los Balnearios y con laboratorios bien dotados, solicitemos de las autoridades sanitarias y del Estado la creación de un equipo de investigadores, doctos bioquímicos y médicos, que con calma y medios estudien al pie de los manantiales, con estos nuevos métodos, el alcance del poder curativo de esas fuentes, hasta ahora conocidas demasiado empíricamente.

No es esta la primera vez, seguramente, que llegan a vuestros oídos, queridos colegas, estas solicitudes; pero como dijo ya Napoleón que el mejor argumento es la repetición, yo aprovecho el instante de hoy para insistir sobre los beneficios que a la Hidrología española aportaría el dar más impulso a la investigación experimental.

Nuestro compañero Castells, en el pasado Congreso nacional de nuestra especialidad, presentó la idea de reformar la asistencia a los enfermos pobres en los Balnearios, creando hospitales anexos y ampliando los pocos que existen. Este mismo compañero se unió a mí también en otra ocasión para pedir la creación de un Instituto de Hidrología y Climatología médicas, y es de esperar que esta siembra de ideas fructifique algún día, cuando las autoridades sanitarias comparen nuestras deficiencias al respecto con los esfuerzos y las realidades ya en fruto; que estas reformas están dando en el extranjero. Se va camino de la socialización de la Medicina, como ciencia y como arte, y una de las ramas de este árbol no es otra que la Hidrología médica, de raigambre histórica preeminente y que tiene floraciones que renuevan sus energías tan útiles a la salud y para la prevención del dolor humano.»—*Sedisal*.

**

Jueves 30 de Enero. *Sociedad de Pediatría de Madrid*, presidida por el Dr. Suñer.

Los Dres. Arce (M. y F.) abordan el tema «Radiografía y radioterapia de la hipertrofia tímica», reseñando unos cuantos casos de niños de variadas edades en los primeros años de la vida, cuyas historias clínicas y sintomatología claramente pusieron de manifiesto la hipertrofia del timo en sus variados aspectos y localizaciones reveladas en las radiografías, que para su mejor concepción hicieron circular entre los concurrentes, que, por lo expuesto y explicado, bien pudieron hacerse el cargo de la evidente disminución y mejoría obtenida por el procedimiento enunciado. El Dr. Muñoz Seca manifiesta que uno de los casos de que el Dr. Arce ha dado cuenta fué mandado por él, sin haber apreciado de primera intención la hipertrofia del timo, por parecerle sumamente curioso por los vómitos habituales y la forma asmática, que han desaparecido después de las aplicaciones radioterápicas a que el niño fué sometido. El Dr. Cavenget dice que para él no ofrece duda que los rayos X, oportunamente empleados y dosificados en forma conveniente, tienen una acción descongestionante que hacen el tratamiento legítimo y recomendable. El Dr. Muñoz Seca añade que el tratamiento iniciado con tan buenos resultados es camino a seguir y explorar. El Dr. Arce rectifica agradeciendo la intervención.

El Dr. Iruegas hace un detenido y concienzudo estudio de las «Escoliosis congénitas» y de las malformaciones que sobre ellas se asientan desde los cinco meses, dando lugar a anomalías, contra las cuales hay que estar muy sobre aviso para evitarlas en lo posible y corregirlas si la radiografía demostrara haber ya sobrevenido. Cita unos cuantos

casos por él observados y tratados, descollando entre ellos algunos de disminución del número de vértebras, falta de la undécima dorsal, falta de soldadura, sensación de acodadura y bifurcación, etc., extremos todos de importancia capital a que debe salirse al paso aumentando la resistencia que facilite la conservación de la estática vertebral. El señor presidente juzga de interés extraordinario el ahondar en problema de tal complejidad e importancia en sucesivas aportaciones, y levanta la sesión.—*Sedisal*.

**

Día 31 de Enero de 1930. Conferencia del Dr. Coderque. «Orientaciones modernas de los estudios del cáncer» fué el tema de la brillante conferencia del Dr. D. Ramón Coderque.

Comenzó con una exposición sumaria y doctrinal de los estudios efectuados sobre la etiología del cáncer, haciendo resaltar sobre todo las trascendentes aportaciones de Fibiger y Borrell. A continuación disertó ampliamente sobre el cáncer experimental, insistiendo con especialidad sobre las neoplasias provocadas por la inyección de una mezcla de arsénico y corazón de pollo de diez y siete días. Mencionó también, con gran lujo de detalles, los cultivos de células cancerosas efectuados principalmente por Borrell y sus discípulos.

Estudia el metabolismo del glucógeno en la célula cancerosa mantenida en anaerobiosis.

La última parte de su interesante conferencia estuvo dedicada al estudio crítico de la terapéutica anticancerosa, citando el método de Delbet con las sales de magnesio, e inclinándose por el momento al de Blemberg de las sales de plomo, como consecuencia de su dilatada experimentación en los perros.

Esta conferencia fué muy aplaudida.

**

Día 1 de Febrero de 1930. *Casa de Socorro del Distrito de Palacio*. Conferencia del profesor Landete.

En el ciclo semanal de conferencias organizado por la venerable figura del Dr. Soler, en su sede de la Casa de Socorro del Distrito de Palacio, disertó el pasado sábado sobre cirugía de urgencia en Odontostomatología el ilustre cirujano profesor de la Escuela de Odontología Dr. Landete Aragón.

Después de un didáctico resumen de lo que en realidad es la cirugía de urgencia y de cómo debe clasificarse, consideró como de ineludible intervención en el grupo de las deformidades y anomalías las fisuras de paladar y los labios leporinos, trastornos ambos que dificultan, cuando no impiden, la buena alimentación del recién nacido.

En los traumatismos insistió muy especialmente sobre las hemorragias y los modos de cohibirlas.

Las infecciones bucales dijo que no admiten término medio, o son en extremo benignas o alcanzan una gravedad extraordinaria. Entre estas últimas citó la angina de Ludwig, rápidamente mortal si una intervención precoz no impide su progresiva marcha.

En último término mencionó las neoplasias en período avanzado, ante las cuales poco puede hacer la cirugía.

La conferencia fué ilustrada con gran número de proyecciones. El Dr. Landete fué aplaudidísimo.

**

Sábado 1 de Febrero. *Real Academia Nacional de Medicina*, a primera hora presidida por el Dr. Huertas, y después por el Dr. Recaséns.

ZUMO DE UVA

*concentrado
al vacío à
menor temperatura
de la que tienen las
uvas en el campo al sol*

*por eso conserva activas las vitaminas, vivas las
levaduras y en su pleno valor los principios
biológicos del fruto fresco. Estas cualidades
solo las reúne el zumo de la marca*

CEBE

Para informes y solicitud de muestras:

Explotación Agrícola de Villafranca del Castillo.

Paseo del Prado, 6. — MADRID

Serie A
Nº 2

Lipiodol

Radiológico

Aceite 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 Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^o,
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.

LACTOLAXINE

FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nattol Maleina.

**Tratamiento Biológico
del ESTREÑIMIENTO
del ENTERITIS
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 3 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1^{ra} Clase,
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de Paris,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).

SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS
DEPOSITARIOS en ESPAÑA
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 166, BARCELONA.



EL CONSUMO DEL ACEITE DE HIGADO DE BACALAO “PETER MÖLLER” (LIBRE DE HIDROXILO)

que goza de reputación mundial, va siempre aumentando. Son estas las razones:

SU VALOR NUTRITIVO Y MEDICINAL ES SIN IGUAL,

ESTÁ COMPLETAMENTE LIBRE DE TODO OLOR Y SABOR DESAGRADABLES.

Con su enorme contenido de Vitaminas es el mejor vehículo para activar el crecimiento, el mejor remedio profiláctico y curativo en casos de raquitismo, indispensable para conseguir una salud buena y una creciente fuerza de resistencia en casos de enfermedades.

Nuestros representantes únicos en España:

SEÑORES J. URIACH Y CA. S. A., APARTADO 632, BARCELONA,

le mandarán gustosamente y libre de todo gasto para Vd. 4 folletos interesantes, en los que damos algunas informaciones sobre la producción y el uso medicinal del Aceite de Hígado de Bacalao “Peter Möller” (Libre de Hidróxilo).

También le rogamos dirigirse á nuestros representantes, pidiéndoles una muestra gratis.

PETER MÖLLER A/S,
OSLO, NORUEGA — CASA FUNDADA 1853

FABRIKUS, OSLO

El Dr. Anchochury, con el epígrafe «Síntomas mentales», lee una comunicación en que, después de trazar entusiasta panegírico a la memoria del Dr. Simarro, enumera los síntomas que caracterizan las diversas perturbaciones mentales que, a su juicio, debieran seguirse asociando con la originalidad con que lo hacía el gran maestro, a quien invoca, y no con las ideas extravagantes y atrabiliarias a que hoy se muestra marcada tendencia.

El Dr. Marañón habla de la «Acidosis de la hipoglucemia», que, contra lo que se ha venido creyendo, se presenta con alguna frecuencia. Cita y explica varios casos de su personal observación, que así lo demuestran, así como las causas y motivos que dan lugar a las bruscas alteraciones de la curva glucémica y al empeoramiento, a simple vista inexplicable, de los enfermos, y saca de ello la consecuencia de que, cuando se han gastado todas las reservas de azúcar, todo diabético debe ser tratado, al mismo tiempo que con la insulina, con el suero glucosado.

El Dr. Covisa diserta con alguna extensión acerca de «Algunos casos clínicos de dermatosis actínicas», que manifiesta se producen al ser expuestos a los rayos solares o a la lámpara de cuarzo, dando, de primera intención, lugar a una dermatitis más o menos acentuada conforme a la predisposición del sujeto; que a las que se exponen a los rayos X les produce un efecto parecido a los de las cicatrices de varioloide en cara y manos. Habla de dos casos en que, además de un eritema, los rayos actínicos provocaron notable cantidad de hematofilina en orina, que no es la causa, sino el efecto; que hay otras dermatosis que con el mismo síndrome producen alteraciones pigmentarias que representan los caracteres de la senilidad cutánea, y, por último, que hay niños con xerodermas pigmentarios que revisten una gravedad extraordinaria.

En demostración de todo esto, en diversos aspectos presenta repetidas proyecciones en que claramente se aprecian las características que entre sí distinguen los casos expuestos, y pasadas las horas reglamentarias se levanta la sesión.—*Sedisal.*

COLEGIO DE HUERFANOS

D. Enrique Partosi, médico director del Balneario de Caldas de Montbuy, nos ha entregado 140 pesetas con destino al Colegio de Huérfanos de Médicos.

Muy agradecidos.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 703,6; ídem mínima, 696,4; temperatura máxima, 13°,2; ídem mínima, 0°,6; vientos dominantes, OSO. y O.

Pocas variaciones se han observado en la semana que acaba de terminar en la salud pública de Madrid: han aumentado las bronquitis, haciéndose algo más profundas; las pleuroneumonias se han agravado, produciendo algún aumento en la mortalidad, y en los niños también han empeorado las inflamaciones del aparato respiratorio y siguen presentándose algunos casos de sarampión.

CRONICAS

Regreso del Dr. Aguilar.—Procedente de América llegó a Madrid el 30 del pasado Enero el Dr. D. Florestán Aguilar, muy satisfecho de las atenciones recibidas y del

positivo resultado obtenido de sus gestiones en seis naciones que, desde luego, han afirmado construirán pabellones en nuestra futura Ciudad Universitaria.

Como prueba eficiente de las consideraciones que se le han dispensado, a la vista tenemos el número de *La Acción Médica*, de Lima, fecha 7 de Diciembre último, en el cual aparece una fotografía del momento en que el ministro de Instrucción, en nombre de la Academia Nacional de Medicina, impone la insignia académica al Dr. Flores tán Aguilar, a quien con nuestra bienvenida enviamos la enhorabuena por los triunfos conquistados como afortunado y extraordinario embajador.

La psittakosis.—El Gobierno de Prusia ha prohibido la importación de loros y cacañas. Los otros Gobiernos alemanes planean la misma prohibición. El presidente de la policía de Berlín ha publicado, entre otras, las siguientes advertencias: La llamada enfermedad de los loros (psittakosis) se manifiesta por falta de apetito, plumas erizadas, cansancio, sueño y diarrea, que conduce con frecuencia a la muerte. La enfermedad, cuya causa y mecanismo de contagio no están todavía esclarecidos, ataca a las personas y probablemente también a los animales domésticos. El Consejo de Veterinaria revisa los comercios de aves en busca de las que sufran esta enfermedad. Al público vuelve a aconsejarse atención en su actuación con los loros y cacañas, y que llamen inmediatamente a un veterinario en cuanto noten en algún pájaro algún síntoma entre los antes mencionados.

Asociación de la Prensa.—Desde este año se ha incorporado al servicio médico de la Asociación de la Prensa la asistencia en el Dispensario Antirreumático que en la avenida de Menéndez Pelayo, núm. 19 duplicado, funciona bajo la dirección del Dr. Gutiérrez Zavaleta. Las horas de consulta son de once a una de la mañana y de cinco a seis de la tarde, los lunes, miércoles y viernes, siendo necesario para utilizar la asistencia del Dispensario presentar la prescripción o autorización del médico de cabecera.

También se ha incorporado al cuadro de profesores médicos a los Dres. D. Armando Gil Mariscal, que tiene su consulta de tres a cuatro en Lagasca, 7, teléfono 56.620, para la asistencia de los asociados residentes en la colonia de Los Pinares; D. Justo Jiménez Mañas, con domicilio en la Cuesta de Santo Domingo, 18, y consulta de tres a cinco, para la especialidad de nutrición y secreciones internas, y al odontólogo D. José Marinelli Cámpora, que tiene su consulta en Hortaleza, 14 y 16.

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO. Monografías.—

El día 10 del actual recibirán nuestros suscriptores a Monografías los tomos V y VI, que están terminándose de encuadernar.

Corresponden estas obras a los señores D. Angel Pulido y Martín, acerca de «Tratamiento de la blenorragia», y D. Vital Aza, sobre «El médico rural ante las distocias más frecuentes».

Para nuestros modestos correligionarios.—El doctor Isidoro Fischer, de Viena, está comprometido en la preparación de los volúmenes suplementarios de la segunda edición del *Lexicum biográfico de Hirsch*, de los médicos notables de todos los tiempos y pueblos (Berlín y Viena, 1884 y 1886), que es el único diccionario internacional de Medicina biográfica hoy existente. El suplemento contendrá las biografías de los médicos modernos y vivos, y el Dr. Fischer desea conocer sus características biográficas, poniendo como única condición que se le manifieste su labor original de laboratorio y clínicas, sus descubrimientos importantes, sus invenciones, sus publicaciones, obras editoriales, etc., etc.; toda información que se le proporcione, libros que se le envíen, etc., etc., serán agradecidos. Todo el material debe ser mandado directamente al Dr. Fischer, Biberstrasse, 15, Viena-Austria.

Los nuevos medicamentos en 1929-1930.—El Laboratorio Pelletier ha editado un folleto que corresponde al siguiente sumario: El cloruro de magnesio (Estudio del Formulario Weitz des Med. nouveaux, 1929). La ilusión de rejuvenecerse, por Manuel Bueno. Un amigo del hombre, por León Daudet. Profilaxia del cáncer con las sales halógenas de magnesio, por Luis Palacios Pelletier. Resumen breve de los estudios realizados estos años con las sales de magnesio en el tratamiento y profilaxia del cáncer.

Todos los señores médicos que se interesen por dicho folleto pueden solicitarlo al Laboratorio Pelletier. Apartado 200, Madrid.

Vacantes.—Vigo. Mediante oposición, la de médico tocólogo. 3.000 pesetas. Solicitudes 24 Febrero. Dos ejercicios, oral y práctico. Los exámenes comenzarán el 25 de Abril.

—San Felio Saserra (Barcelona). 1.375 pesetas. 28 de Febrero.

—Villafranca de la Sierra (Avila). 2.200 pesetas. 25 de Febrero.

—Castrillo del Val (Burgos). 1.375 pesetas. 28 Febrero.

—Humada (Burgos). 8.250 pesetas con iguales. Varios anejos. 28 Febrero.

Epidemias.—En Teruel, uno de los periódicos diarios ha denunciado la existencia de una epidemia de fiebres paratíficas, que ha comenzado con caracteres alarmantes.

La Inspección provincial de Sanidad ha facilitado a la Prensa un informe sobre este particular, en el cual declara que el número de casos registrados ascienden a 50, y ha dado instrucciones al vecindario para prevenirse y para combatir la epidemia, a fin de que antes que llegue el verano se haya desterrado el mal.

—En Chelva (Valencia), se ha declarado una epidemia de sarampión de bastante intensidad, y ante la alarma del pueblo se ha acordado por las autoridades de Valencia que se trasladen a aquella población dos médicos del Servicio sanitario provincial para visitar a los enfermos y redactar un informe acerca de las causas determinantes de dicha epidemia.

—En Lucena, Celaya, Campillo y Pisueña (Santander), se han cerrado las escuelas por existir en dichos pueblos epidemia de sarampión.

IV Congreso Internacional de Urología.—Se ha reunido la Junta organizadora del IV Congreso de la Sociedad Internacional de Urología, que se celebrará en Madrid del 7 al 12 de Abril en el Palacio del Senado, presidiendo la sesión inaugural S. M. el Rey.

Aneja al Congreso tendrá lugar una Exposición de material urológico, a que concurrirán las principales casas nacionales y extranjeras.

Habrán recepciones oficiales y excursiones a Toledo, Sevilla y Barcelona.

Noticias.—La Real Academia Nacional de Medicina anuncia, por fallecimiento del académico de número excelentísimo señor D. Antonio Espina y Capo, la vacante de académico de número, con destino a la Sección de Psiquiatría, Medicina legal y Literatura médica.

Las propuestas para la mencionada plaza, que deberán ir firmadas por cinco señores académicos de número, a lo menos, se admitirán en la Secretaría hasta el 17 de Febrero.

—El Ayuntamiento de Barcelona ha tomado el acuerdo de contribuir con cinco mil pesetas a los gastos que ocasione el mausoleo en que reposen los restos del doctor Ferrán.

—El Dr. Luque Beltrán ha sido nombrado gentilhombre de Su Majestad.

—Ha sido concedida la encomienda de la Orden del Mérito Civil al director de Sanidad del puerto de Barcelona, Dr. Acosta.

—En Campanillas (Málaga), se ha rendido un homenaje al médico D. Enrique Posada Orbreta, que goza de gran prestigio en la región.

El homenaje consistió en la entrega de un pergamino avalado con las firmas de los vecinos, y un botón distintivo del cargo de inspector municipal de Sanidad que desempeña.

—El Gobierno español ha concedido la Cruz de Alfonso XII al eminente antropólogo Dr. Verneau, de París, que tanto estudió sobre la raza primitiva de las Canarias y al que se debe la creación del Museo Antropológico de Las Palmas.

—Se ha nombrado a D. Benigno Lorenzo y Velázquez catedrático numerario de Terapéutica, Materia médica y Arte de recetar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, y a D. Jesús M. Bellido y Golferichs, catedrático numerario de Terapéutica, Materia médica y Arte de recetar de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona.

—A propuesta del senador francés Victor Bérard, se erigirá una estatua a Pasteur en la frontera suiza, en la aldea de Roussen.

Del abuso de los cocktails en Francia e Inglaterra...
¿sólo?—En Francia e Inglaterra se ha hecho moda tomar al día varios cocktails. Esta mala costumbre, en la cual la juventud toma parte importante, se ha extendido de modo alarmante. Las mezclas de licores y de sustancias aromáticas son tomadas desde por la mañana con el estómago vacío. En lugar de té, son los cocktails los motivos de sociabilidad. El bar minúsculo es una prolongación del domicilio. El abuso de los cocktails determina taquicardias permanentes, síncope, falta de sueño, síntomas neurasténicos, estado de angustia y ansiedad, falta de capacidad, de atención, y de todo ello, perturbación de la existencia, tras tornos en el matrimonio, etc. La embriaguez habitual parece establecerse por esta bebida mucho más rápidamente que con otras bebidas alcohólicas.

Premio a un trabajo sobre el cáncer.—La Unión italiana de investigación del cáncer proyecta un premio para trabajos que se presenten hasta el 30 de Junio de 1931, a las doce de la mañana. Original, inédito, experimental y crítico, «Sobre el valor del método serológico para el diagnóstico de los tumores malignos». Un premio indivisible de 15.000 liras. La presidencia de la Unión ha nombrado un tribunal. Del manuscrito deben enviarse dos copias escritas a máquina, anónimo, con un lema, y debe dirigirse a la Unión (Roma, 33, via Triboniano presso Piazza Cavour, casa del Mutilato). Otra copia debe contener, al lado del lema, el nombre y firma del autor. La Unión queda con el derecho de la primera publicación.

Excipiente inerte.—Recibe la verdad confiadamente cuando tú mismo, y sin distinción, la has encontrado; pero desconfía cuando te la ofrecen los demás y desprecia, sobre todo, cuando tenga un viso de alabanza para ti.

Ocetoc.

El pasajero que sube por las cumbres y no atiende más que a lo que tiene delante, no alcanza, en materia de crítica, más que lo que alcanza la hormiga, que marcha sin recordar por dónde pasó ni saber por dónde llegará.

Ich.

¿Qué es la homeopatía?—Acompañamos al presente número un prospecto de la Casa Editorial Manuel Marín, Provenza, 273, Barcelona, recomendando su lectura.

Mitigal-Candiolina.—Al número presente se acompaña un prospecto y tarjeta acerca de los preparados que se mencionan, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, S. A., Apartado 280, Barcelona.

Indicaciones del Fórceps y Técnica operatoria del mismo, por el Dr. Paulino A. Pons. 18 figuras. Utilísimo. Precio, 4 pesetas. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

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 Estaño coloidal.
LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 34. — Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.438