

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.

Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

3

FORMAS PERFECCIONADAS DE LA ACREDITADA DIURETINA



Calcio-Diuretina

Perfectamente tolerada, sin sabor alcalino. Valioso complemento de la acción de la teobromina y del ácido salicílico por medio del calcio.

Yodo-Calcio-Diuretina

Combinación de la Calcio-Diuretina con el yoduro potásico. Antiasmático y antiestenocárdico por excelencia.

Rodán-Calcio-Diuretina

Contra la hipertensión. Rápido mejoramiento de los síntomas subjetivos debidos a una presión sanguínea elevada.

Se expenden en
tubos de 20 tabletas.

KNOLL A-G, Fábricas de Productos Químicos, LÜDWIGSHAFEN del Rhín

Ayuntamiento de Madrid

Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



Depresión nerviosa
Convalecencia de las enfermedades infecciosas
Deportes, Surmenage físico e intelectual

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)
Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.

SANOCAL

== Thiosulfato de cal. ==

CALCIOTERAPIA INTRAVENOSA INTENSIVA EN DOSIS PROGRESIVAS

OROSANIL

Thiosulfato doble de
== oro y sodio. ==

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS POR LAS SALES DE ORO

PRODUCTOS NACIONALES

Preparados por el Químico-Farmacéutico: J. ABELLO PASCUAL

DEPOSITARIOS PARA ESPAÑA:

H. H. RIESGO, S. A. — Flor Alta, 10. — MADRID

posteriores. En todos estos casos de paraplejía tabética se trata de paraplejas flácidas con abolición de los reflejos rotulianos. Es mucho más excepcional una tabes frustrada con conservación de los reflejos rotulianos que se haya podido diagnosticar antes de que la meningomielitis que la produce se haya propagado a los cordones laterales y haya engendrado los síntomas de la esclerosis combinada.

Una vez que los reflejos han desaparecido, no se producen paraplejas espasmódicas, pues, dígame lo que se diga, no hay hemiplejía ni paraplejía que haga reaparecer reflejos que han desaparecido. Los tabéticos suelen ser propensos a todas las neurosis y que su sensibilidad nerviosa se encuentra exagerada; así es que gran parte de su incapacidad para andar dependerá exclusivamente de una basofobia que desaparecerá por un tratamiento adecuado.

La atrofia muscular progresiva de tipo Aran-Duchenne no ocasiona paraplejía sino de una manera muy tardía, pues lo típico de esta enfermedad es que ataca de preferencia a los adultos, que se inicia por los miembros superiores y que marcha con mucha lentitud. Sin embargo, la atrofia muscular de tipo Aran-Duchenne es la manifestación de una poliomielititis anterior crónica, y no tiene una sintomatología tan clara que no se preste su diagnóstico a mucha mayor confusión de lo que creían los autores antiguos, y así Pierre Marie ha demostrado que muchos casos diagnosticados de atrofia muscular de Aran-Duchenne, por lo menos de aquellos en que se llegó a producir paraplejía, son en realidad casos de neuritis periféricas, de esclerosis laterales amiotróficas, de siringomielias y de meningomielitis sifilíticas.

Existen, no obstante, amiotrofias musculares progresivas de evolución lenta, que comienzan por los miembros superiores, en los que ocasionan deformaciones de la mano, y, sobre todo, la llamada mano de mono, y que al cabo de cierto tiempo se complican con la impotencia de los miembros inferiores por atrofia de las masas musculares de los mismos, precedida durante algún tiempo de contracciones fibrilares. Los músculos presentan una reacción de degeneración, completa o incompleta. En esta variedad, los refle-

normales, salvo que la emotividad sea un poco exagerada y que, a veces, haya pérdida de la memoria. La marcha de la enfermedad es muy crónica, y si bien de cuando en cuando se produce algún alivio, lo corriente es que su marcha solamente se interrumpa por períodos en los que permanece el estado del enfermo estacionario. Esta paraplejía sifilítica se produce en la mayoría de los casos en los seis años primeros que siguen al chanero, y es más corriente en el hombre que en la mujer.

La mielitis transversa crónica es de origen sifilítico en la mayoría de los casos, pero de todos modos, es bastante más corriente que la forma procedente de sífilis medular. En cambio, es bastante más corriente que la mielitis transversa aguda que hemos descrito ya, y solamente se diferencia de ella, de un modo importante, por la evolución al principio. Más adelante, la mielitis transversa crónica coincide exactamente con el cuadro de la aguda que ha pasado a la cronicidad. Entre los síntomas que presenta la mielitis transversa crónica, es la paraplejía uno de los más corrientes, pero sus tipos son variables y el estudio de los mismos es bastante incómodo.

La enfermedad se inicia por dolores dorsales en uno o en ambos lados. A estos dolores acompaña dificultad para los movimientos del tronco y a veces trastornos de los esfínteres. Por parte de los miembros inferiores no hay en este primer período más que pesadez y la paraplejía solamente se presenta uno o tres meses más tarde y a veces tarda más tiempo todavía. Suele comenzar la parálisis por las partes más periféricas. La punta del pie cae péndula al levantar aquél del suelo. En la gran mayoría de los casos, la paraplejía es espástica o sea que se producen rigideces, primeramente de una forma transitoria, en el momento en que el enfermo quiere realizar un movimiento o después de haberle realizado. En ocasiones también sufre estas rigideces encontrándose en reposo.

A estas rigideces suelen acompañar dolores fuertes, o sea que se producen verdaderos calambres. En las paraplejas bilaterales, uno de los lados está siempre más afecto que el

otro. La paraplejia no es nunca absoluta y en muchos casos coexiste con hiparestesia miélgica o metamérica. La anestesia total o la disociación siringomielica, son raras. Los miembros paralizados presentan trastornos tróficos y vasomotores en muchísimos casos. Entre estos trastornos figuran principalmente alteraciones epidérmicas, además, diferentes erupciones, escaras, etc. La atrofia muscular localizada no es frecuente, pero sí lo es el adelgazamiento total del miembro enfermo. La vejiga y el recto, tan pronto padecen incontinencia como retención, como alternan uno y otro de estos trastornos. La impotencia genital es muy corriente.

Ya dijimos que casi siempre es espástica la paraplejia que produce la mielitis transversa, pero hay casos en los que no sucede así, probablemente que lo mismo en este caso que en los de compresión de la médula, la parálisis se hace flácida cuando la lesión equivale a una sección completa de la médula. Otras veces es flácida al principio de una manera transitoria o es flácida en todo momento cuando la lesión se localiza casi exclusivamente en la región lumbar. Al cabo de algún tiempo, las paraplejas de la mielitis transversa se complican con retracciones musculotendinosas y entonces la importancia funcional es absoluta. Estas retracciones se hacen casi siempre en flexión y son bilaterales. Cuando la mielitis transversa es de naturaleza sífilítica y se la somete desde muy pronto al tratamiento oportuno, la influencia de éste se hace manifiesta de una manera muy clara. Hasta sin tratamiento presenta a veces la enfermedad oscilaciones en la intensidad, que según Oppenheim son características de la naturaleza sífilítica de la misma. Una vez desarrollada la enfermedad crea una incapacidad permanente e incurable.

La meningomielitis coincide muchas veces con la mielitis transversa y desde luego da un cuadro muy semejante a ella. Los trastornos sensitivos de estos enfermos son muy acusados, sobre todo los dolores. Algunas meningitis o hemorragias de las meninges determinan, en opinión de Babinski, paraplejas espasmódicas con contractura muy intensa de los miembros inferiores, por irritación solamente del

acerca de la parálisis en los enfermos de tabes, o sea que no sea completa, que más bien se presente de intensidad moderada y que pueda ceder o desaparecer al cabo de cierto tiempo. Pero no siempre es así, y algunos enfermos quedan definitivamente parapléticos. Hasta la fecha se ignora si esta forma de paraplejia de presentación brusca corresponde a una lesión anatómica determinada; pero si bien en algunos casos se ha demostrado en la autopsia la existencia de una lesión de esclerosis combinada, también es probable que otras veces haya lesiones en foco de la sustancia gris de la médula, coincidiendo con las alteraciones de los cordones posteriores. En otro tipo de casos, el enfermo padece una paraplejia evidente, puesto que le es imposible servirse de sus miembros inferiores; pero no se trata de fenómenos exclusivamente parapléticos, sino de una mezcla de fenómenos atáxicos, atróficos musculares y parapléticos propiamente dichos.

Aquí se trata de enfermos que lo son desde muy antiguo, y que han visto poco a poco cómo progresaba su enfermedad y cómo iban perdiendo la capacidad de moverse. En estos enfermos, no solamente se ha reducido mucho de volumen la musculatura de los miembros inferiores, sino que se han producido retracciones musculotendinosas que fijan el pie en una posición viciosa, conocida con el nombre de pie zambo tabético. La posición de este pie zambo es la de equinovaro, y si el enfermo se encuentra en la cama, tiene los dos dedos gruesos en contacto, en tanto que los talones están bastante separados entre sí. Entre las rodillas y los dedos primeros, queda, por tanto, descrito por los miembros inferiores un espacio oval. Esta deformidad suele coincidir con alteraciones de los nervios periféricos y acaso de la sustancia gris de la médula. Caso de no haber fenómeno de Babinski, no es suficiente (la deformidad) para diagnosticar la esclerosis combinada.

La marcha arrastrando los pies como si llevaran tras de sí un gran peso, es indicio de esclerosis combinada, porque demuestra que se ha afectado el haz cerebeloso directo además de las lesiones que el enfermo tenía en los cordones



SANTAL MONAL

AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico
Antiséptico - Diurético

EL MAS ACTIVO
EL MEJOR TOLERADO

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

LABORATORIOS MONAL & C^{IE}, PARIS

DOSIS : 6 à 10 capsulas al dia

Muestras y Literatura : M. BENEYTO, Representante, Antonio Maura, 5 y 7, Apartado 648, MADRID

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación 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 coles-
terina, 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.

ELECTROLACTIL

FERMENTOS LÁCTICOS
EN LIQVIDO Y COMPRIMIDOS

INDICACIONES

GASTRO-ENTERITIS
DIARREAS. FIEBRE TIFOIDEA
AVTO-INTOXICACIONES DE ORIGEN
INTESTINAL. GRIPE.

LABORATORIO :
AGENCI. XEDDI Y C^A
GRABADOR ESTEVE 23 VALENCIA

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

Haptinógeno N E U M O Méndez,

para el tratamiento específico de la

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

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

LITERATURA CIENTIFICA:

Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España

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

Importante:

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

¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia 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.

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación : **LEOZINSKI & C^o**, 67, Rue de la Victoire Paris

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

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

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —

15-II-1930

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

Mosaico de sabios filósofos españoles.

De la famosa biblioteca de El Escorial tengo recogidos numerosos datos, sentencias, aforismos, consejos, etc., etc., de hombres eminentísimos que han dejado en sus escritos el fruto de su experiencia y de su reflexión, que creo de gran interés el exponerlos en esta sección.

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar á nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

ción para solaz y enseñanza de mis lectores.

DE SÉNECA

No hizo Naturaleza cosa dificultosa de las que al hombre son necesarias.

No hay cosa tan cara como la que con ruegos se compra.

Ninguno nace para pasar la vida sin trabajo.

No hagas juez de la vida a la opinión popular, sino a tu propia conciencia.

No se debe hablar sino al que con voluntad escucha.

Ningún descubrimiento se haría ya si nos contentáramos con lo que sabemos.

El avaro nunca hace cosa acertada sino cuando muere.

No interesa el que leas muchos libros;

Lactofitina: reconstituyente infantil.

mas interesa mucho el que sean buenos los que leas.

Ninguno ama a su patria porque es grande, sino porque es suya.

Pocas veces el discípulo iguala al maestro.

Todo arte es imitación de la Naturaleza.

El primer grado de la riqueza es tener lo preciso, y el segundo, lo que basta.

Antes de ofrecer debemos detenernos; pero después de haber ofrecido, cumplirlo.

Lo que nunca se hizo se puede hacer.

Poco se estima lo que se tiene en casa.

La parte de nuestro cuerpo más sana es la que más se ejercita.

Vergüenza es en el viejo no saber más que lo que lee.

Para nuestra avaricia, lo mucho es poco, y para nuestra necesidad, lo poco es mucho.

Nada ofende tanto a nuestra salud como la mudanza de remedios.

Todo lo debemos consultar con el

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

amigo; mas primero debemos consultar si lo es.

No quiere el enfermo médico eloquente, sino que lo sane.

Procura en tus estudios no saber más que los otros, mas saberlo mejor.

El que llamamos muerto, no murió; mas partió primero.

Si sabes aprovecharte de la vida, larga es.

Si el padre es bueno, debes amarle; si es malo, sufrirle.

El que más experiencia tiene, teme más los peligros.

Amor de mujer casta, perpetuo es.

Pequeños son los deseos de nuestro cuerpo.

La enfermedad que sobreviene al convaleciente es más peligrosa.

Para el hombre ocupado no hay día largo.

Todo lo puede esperar el hombre mientras vive.

La diversidad de libros distrae el entendimiento.

Para morir, el mejor de los tiempos es el próspero.

Las lágrimas del heredero son risas encubiertas.

Grande recomendación tiene un rostro hermoso.

Mejor se guarda lo que con trabajo se gana.

DE BALTASAR GRACIÁN

Las verdades que más nos importan vienen siempre a medio decir.

No basta el estudio y el ingenio donde falta el gran don de saber elegir.

Sin mentir, no decir todas las verdades; no hay cosa que requiera más tiento que la verdad.

No todas las verdades se pueden decir: unas porque me importan a mí; otras, porque al otro.

Son tontos todos los que lo parecen y la mitad de los que no lo parecen.

Extremada elección la de la abeja, y qué mal gusto el de la mosca, pues en un mismo jardín solicita aquella la fragancia y ésta la hediondez.

No aguardar a ser sol que se pone.

Kelatox: Sedante atóxico.

Máxima es de cuerdo dejar las cosas antes que las dejen.

Lo bueno, si breve, dos veces bueno; y aun lo malo, si poco, no tan malo.

Más obran quintas esencias que fárragos; y es verdad común que hombre largo, raras veces entendido.

Lo bien dicho se dice presto.

La mitad del mundo se está riendo y a la perfección de una consumada utilidad.
de la otra mitad con necesidad de todos.

Tantos son los gustos como los rostros, y tan varios.
Gran médico es el tiempo por lo viejo y por lo experimentado.

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

DE QUINTILIANO (MARCO FABIO)

Por culpa nuestra, es nuestra vida corta.

Hasta las riquezas dan autoridad. Dora las más veces el oro las necias razones de sus dueños; comunica la plata su argentado sonido a las palabras; de modo que son aplaudidas las neceda es de un rico cuando las sentencias de un pobre no son escuchadas.

Son los hombres ríos; lo que aquellos corren se van deteniendo éstos, y comúnmente tienen más de fondo los

TREPONEMOL SÍFILIS

que mayor sosiego, y llevan más agua los que menos ruido meten.

Cualquiera vale para enemigo; no así para amigo. Pocos pueden hacer bien, y casi todos mal.

Tres eses hacen dichoso: santo, sano y sabio; la virtud es sol del mundo menor, y tiene por hemisferio la buena conciencia. Es tan hermosa que se lleva la gracia de Dios y de las gentes.

Consiste el crédito en el recato más que en el hecho, que si no es casto, sea cauto.

Nunca quejarse. La queja siempre trae descrédito.

No conduce la Naturaleza, aunque tan pródiga, sus obras a la perfección el primer día, ni tampoco la industria arte; vanlas cada día adelantando, hasta darles complemento.

Así es que todos los principios de las cosas son pequeños, aun los muy grandes, y vanse poco a poco llegando al mucho del perfecto ser.

Las cosas que presto llegan a su perfección valen poco y duran menos; una

"MALTOPOL"

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

flor presto es hecha y presto deshecha; mas un diamante, que tardó en formarse, apela para eterno.

Sin duda que esto mismo sucede en los hombres, que no de repente se hallan hechos. Vanse cada día perfeccionando, al paso que en lo natural, en lo moral, hasta llegar al deseado complemento de la sínéresis, a la sazón del gusto

De los hijos, el que muere, ése es el más amado.

No te dejes caer, aunque la adversidad lo quiera.

Grandes espíritus, si están ociosos, en maldad se ocupan.

No desean sanar los enfermos de amor.

Témese de decir lo que con dificultad se ha de hacer.

No moran juntos hambre y vergüenza.

El que a los ignorantes se muestra sabio, a los sabios parece ignorante.

DE SAN ISIDORO, ARZOBISPO DE SEVILLA

Incierta es la amistad en la próspera fortuna. No se sabe si se ama a la felicidad o a la persona.

La penitencia tiene el nombre de pena. La penitencia no se ha de hacer

Urosolvina: eficaz antiúrico.

por medio de las palabras, sino por medio de las obras.

DE JOAQUÍN SETANTI

Para mantener sano y para curar el cuerpo enfermo de una reputación, más vale una onza de práctica que cien libras de teoría.

Procura estar bien con todos, pero no fíes de todos.

Sigue en todo a la razón y pide consejo a la experiencia.

La edad puede enflaquecer las fuerzas, pero no el corazón del hombre valeroso.

Los rudos ni los agudos no juzgan bien de las cosas: los unos porque no saben; los otros porque rebanan.

Para terminar por hoy, pongo lo siguiente:

«No son jamás en la labor humana vano el afán e inútil la porfía; el que con fe y valor lucha y porfía los mayores obstáculos allana.»

Núñez de Arce.

«En la senda del vivir el no ir delante es ir atrás, y el que a orar empieza no ha de volver la cabeza, sino orar y proseguir.»

Lope de Vega.

«¡Cuán presto se va el placer! ¡Cómo después de acordado da dolor!

¡Cómo a nuestro parecer cualquier tiempo pasado fué mejor!»

Jorge Manrique.

Por la transcripción,
DR. B. HERNÁNDEZ BRIZ.

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

Por qué Molière ridiculizó tanto a los médicos.

Paul Emard, en un interesante artículo de la *Revue de France*, atribuye el resentimiento de Molière contra los médicos al enojo entre inquilino y casero, aumentado por un pleito entre falsas. Una de las varias casas que habitó Molière en París era propiedad de un médico, el Dr. D'Aquin, del servicio bastante complicado del rey, protegido de Vallot y casado con Clara López, hija de un judío español. Molière se fué a vivir a dicha casa a poco de contraer matrimonio con la gran artista Armande Bejard, y en uno de los otros pisos vivían los propietarios. No se sabe cuáles fueron en un principio las relaciones de estas dos familias, pero si fueron cordiales debieron durar muy poco tiempo, pues en seguida se encendió una guerra sin cuartel entre madame D'Aquin, avara y quisquillosa, y Armande, vanidosa y fácilmente irritable, tanto más que se encontraba en los primeros meses de embarazo. Los maridos a su vez se colocaron abiertamente cada uno de parte de su respectiva esposa, con las consiguientes enemistades, y al poco tiempo escribió Molière su *Don Juan*, en donde figuran las frases siguientes: «La Medicina es uno de los errores más grandes que existen entre los hombres». «¡Cómo! ¿No cree usted en la canafistula, en el sen y en el vino emético?» La alusión, al parecer, era bien clara, ya que D'Aquin era partidario decidido de tales remedios. Lo cierto

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

to es que D'Aquin contestó subiéndolo a su rival el alquiler del piso y que Molière fué despedido por no avenirse a ello. El inquilino que le sucedió fué una actriz de su compañía, sumamente bella, a quien todo el mundo sabía que Molière la había hecho durante varios años una corte tan asidua como inútil y a quien Armande no miraba con buenos ojos. Mlle. Dupare, este era el nombre.

SIGUE A LA PAGINA XX



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

“EUMALT”

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

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



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

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)



**MEDICINA
FARMACIA**

Laboratorios
de análisis clínicos
Instalación completa
Pídanse presupuestos

Fabricación de
aparatos diversos
PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS
Mobiliario de laboratorio
ESTABLECIMIENTOS

JODRA
CASA CENTRAL: **PRINCIPE, 7. MADRID**

Tratamiento de la TOS en general
Tos seca - Bronco-neumonía
Bronquitis - Gripe
Tuberculosis
Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

**Específico
contra la Coqueluche.**
(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo y Bergenita.

129, Boulevard Raspail - Paris.

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

SOLUCION
DE
SALICILATO SÓDICO DOMINGO
(QUÍMICAMENTE PURO)

Cada cucharada grande contiene 2 gramos de SALICILATO SÓDICO

SOLUCION
REICHENBACH
REGISTRADO
CONTRA LAS ENFERMEDADES
DEL PECHO

J. DOMINGO CHURTÓ
LIBERTAD 14 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 a nuestros representantes, pidiéndoles una muestra gratis.

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: El mecanismo de la muerte en las lesiones traumáticas, por Ricardo Rojo Villanova.—Quiste hidatídico: Diagnóstico, por el Dr. H. G. Mogená.—La anafilaxia, por el Sr. Dr. D. Manuel Martín Salazar.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

EL MECANISMO DE LA MUERTE EN LAS LESIONES TRAUMÁTICAS

(Lección de tanatología forense)

POR

RICARDO ROJO-VILLANOVA Y MORALES

Catedrático de Medicina legal en la Universidad de Valladolid.

Las relaciones generales de causalidad entre el traumatismo y la muerte pueden ser directas e indirectas. En las primeras, el traumatismo actúa por sí solo, o con el concurso de otras condiciones preexistentes; pero entre el traumatismo y la muerte no se interpone nunca ningún otro elemento causal. En las segundas, el traumatismo no hace más que crear las condiciones para la intervención de otros factores causales, que en realidad constituyen la verdadera causa última y directa de la muerte; en tales circunstancias, el traumatismo no representa más que la causa primera o indirecta. Desde el punto de vista de la tanatología médico-legal, los mecanismos de causalidad directa son los más importantes, los cuales a su vez pueden ser rápidos o tardíos. De éstos habremos de ocuparnos principalmente en nuestra exposición.

I.—MUERTE RÁPIDA OCASIONADA DIRECTAMENTE POR EL TRAUMATISMO

Los principales mecanismos que la producen son: el esfacelo traumático general del cuerpo, la decapitación, las lesiones de órganos importantes, las hemorragias y las embolias.

A) Esfacelo traumático.

Por lo general, se observa en los grandes accidentes y catástrofes: explosiones, magullamientos, aplastamientos, atropellos, precipitación, etc., etc. En todos estos casos la materialidad de los hechos no dejan lugar a dudas sobre la rapidez de la muerte. Sólo cabe la posibilidad de que el esfacelo traumático haya sido producido después de la muerte; en la mayoría de los casos es eliminable *a priori* esta posibilidad, por la evidencia de las pruebas de

hecho; en líneas generales, la presencia o ausencia de caracteres vitales en las lesiones dilucidarán la cuestión.

B) Decapitación.

Lo mismo que en el esfacelo traumático general del cuerpo, las lesiones de decapitación se imponen como causa rápida de la muerte, por su evidente objetividad.

Los mecanismos letíferos, que entran contemporáneamente en acción, son tantos y tales—lesiones discontinuativas de la medula, hemorragias de los grandes vasos del cuello, lesiones del vago—, que a menudo es casi imposible determinar el mecanismo prevalente.

C) Lesiones de la masa encefálica.

No solamente las lesiones destructivas intensas son causa de muerte directa rápida, sino que pueden producirla también las lesiones parciales que interesen centros vitales (centros cardíacos y respiratorios del bulbo), siempre que se verifique sobre ellos una compresión, suficiente para detener su funcionamiento. Tal sucede en algunos traumáticos craneales, que dan una hemorragia peribulbar, como en ciertas fracturas de la base, y lo mismo pasa en las hemorragias ventriculares, cuando abriéndose paso la sangre en el cuarto ventrículo, comprime su pavimento, aniquilando la función de los centros allí localizados.

D) Lesiones medulares.

No son causa frecuente de muerte directa y rápida, ya que solamente la producen las lesiones destructivas intensas, ocasionándola raras veces las lesiones circunscritas.

E) Lesiones pulmonares.

La muerte puede ser primitiva y secundaria. La muerte rápida primitiva, suele ser debida a traumatismos intensos, que pueden llegar hasta el arrancamiento de uno o ambos pulmones del hilio. Por lo general, además de la lesión directa intervienen en el mecanismo de la muerte otros factores, tales como hemorragia, shock, etc.

La muerte rápida secundaria es, por lo general, consecuencia de la obstrucción de las vías aéreas; unas veces por las deformaciones o aplastamientos traumáticos de la laringe y de la tráquea, y otras por la penetración de la sangre en el árbol bronquial. Tal sucede en las hemorragias de los vasos peribronquiales, faríngeos, del cuello, etc., que insuficientes para explicar una muerte por desangramiento, evidencian una muerte asfíctica por penetración de la sangre en las vías aéreas y su profunda inhalación con los movimientos respiratorios.

F) Lesiones del corazón.

Cuando el traumatismo produce soluciones de continuidad en las paredes cardíacas, encontrando la sangre amplia y libre salida al exterior (a la cavidad pleural o a la cavidad abdominal), la muerte—entonces rapidísima—es debida a la hemorragia.

Puede ser también ocasionada por fenómenos de compresión, cuando faltando la solución de continuidad en el pericardio parietal, se recoge la sangre en el saco pericardíaco, donde rápidamente va aumentando la presión, hasta que llega a perturbar profundamente los movimientos expansivos del corazón, ocasionando rápidamente la muerte—aun cuando no con los caracteres de subitaneidad que en el caso anterior—, salvo casos excepcionales de una pronta intervención quirúrgica.

G) Lesiones de otros órganos importantes.

Los traumatismos del hígado, bazo, páncreas y suprarrenales suelen ser también causa de muerte directa y rápida, generalmente por hemorragias rápidas y difusas o por la completa destrucción del órgano que puede llegar hasta quedar reducido a una papilla, como suele suceder en la caída desde grande altura, aplastamientos, etc.

H. Hemorragia.

La hemorragia es causa frecuente de muerte rápida y directa en las lesiones traumáticas. Hay que distinguir dos variedades de hemorragia: externa e interna.

En la hemorragia *externa* la sangre extravasada sale al exterior: bien a través de las soluciones de continuidad de los tegumentos, bien—más raramente—a través de las paredes de las cavidades naturales, que comunican con el exterior: boca, recto, vagina, etc. En la hemorragia *interna* la sangre se vierte en las grandes cavidades espláncicas (pleura, peritoneo, etc.), permaneciendo, por lo tanto, en el interior del cuerpo.

1. *Mecanismo de la muerte.*—Hasta no hace mucho tiempo se creía que la muerte por hemorragia era debida a la reducción de la cantidad de hemoglobina necesaria para los cambios respiratorios. Pero actualmente se cree que más bien se debe a una profunda perturbación de la hidráulica circulatoria, por la reducción de la masa sanguínea, que hace imposible una adaptación vasoconstrictora de

la capacidad de los vasos a la cantidad de su contenido sanguíneo.

En general, la pérdida de la mitad del volumen total de la sangre es causa de la muerte. Debe tenerse en cuenta que los niños y los viejos son más sensibles que los adultos; que las mujeres resisten más que los hombres, y que débiles, desnutridos y anémicos sucumben más fácilmente que los sanos y los robustos.

La pérdida de la cantidad de sangre necesaria para explicar la muerte por hemorragia, varía en el adulto entre 2.500 y 3.000 gramos. En las hemorragias internas, esta cantidad puede ser mucho menor, ya que entonces a los efectos de la pérdida de sangre se añaden los trastornos funcionales de los órganos comprimidos por la sangre extravasada—corazón y pulmones, por ejemplo—. De aquí que algunos autores, teniendo en cuenta que la muerte sobreviene a menudo cuando la pérdida de sangre es parcial, crean más apropiado denominarla muerte por anemia aguda.

2. *Diagnóstico tanatológico.*—El cadáver presenta un aspecto céreo por la palidez acentuada de la piel y de las mucosas visibles: labios, encías, conjuntivas, etc. Esta palidez es mucho menos acentuada en los muertos por hemorragia interna. Las hipóstasis cadavéricas son, por lo general, tardías, escasas y pálidas; sobre todo en las hemorragias externas, y en ocasiones—aunque raras—llegan a faltar por completo. El curso de la putrefacción suele estar retardado.

Al examen interno, los principales caracteres que se observan son los siguientes:

a) *Anemia visceral.*—Generalizada a todos los órganos, pero que es particularmente apreciable en los parenquimatosos, siendo mucho más acentuada en la hemorragia externa.

b) El *corazón* y los grandes *vasos* suelen estar vacíos o con escasas cantidades de sangre.

c) *Equimosis subendocárdicas.*—Aparecen en forma de manchas estriadas, de una coloración rosapálida, de tamaño variable y de contornos irregulares que se localizan sobre todo en los ventrículos, especialmente en el izquierdo y particularmente en correspondencia con los músculos papilares. Algunos autores, como Sury, afirman que la formación de estas equimosis es debida a fenómenos post-mortem, pero Welsch, Lecha-Marzo, Cevidalle, Stoll, etc., han demostrado experimentalmente que se trata de un hecho de origen vital.

Por lo que respecta al mecanismo de su producción, serían debidas a que la presión ejercida por la contracción del corazón, sobre los pequeños vasos cardíacos, no es contrarrestada por la presión intracardiaca, que se encuentra notablemente disminuida por la reducción de la masa sanguínea. Influye también el estado de vasoconstricción que se produce durante el proceso de anemización por las alteraciones funcionales de los centros nerviosos. No hay que olvidar—dice Cevidalli—que tal vez cooperen tam-

En casos de colapso
cualquiera que sea su etiología

1 inyección de *Coramina*

INTRAMUSCULAR

ENDOVENOSA

En trastornos circulatorios
o respiratorios



Coramina en gotas

3 veces al día 30 gotas

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

PROKLIMAN

MARCA



“CIBA”



Fascos de 40 comprimidos

Asociación racional de hormona ovárica y de
sustancias sedantes, descongestivas y cardiotóni-
cas, para el tratamiento de los trastornos de la
MENOPAUSIA

Dosis: 2 a 3 comprimidos 1-2 veces al día

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

ARAGÓN, 285

BARCELONA

APARTADO 744



MORRHUËTINE JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

bién a la formación de estas equimosis los factores traumáticos producidos durante las convulsiones, que suelen preceder a la muerte por hemorragia, por el choque del plastrón esternal y de la columna vertebral contra el corazón. Es evidente que en la génesis de estas lesiones habrán de influir, además, todos aquellos factores que aumenten la fragilidad de las paredes de los vasos.

De todos modos hay que ser cautos en la valoración médico-legal de estas equimosis subendocardíacas, pues a pesar de su gran valor, no son patognomónicas de la muerte por hemorragia, ya que se encuentran en otros géneros de muerte.

d) *Zonas de enfisema confusivo en los pulmones.*—Se caracterizan por la presencia en la superficie pulmonar de áreas más o menos extensas y confluentes de enfisema intra y extraventricular, con sufusiones sanguíneas. Histológicamente, consisten en desgarros más o menos extensos de los tabiques interalveolares y una moderada efusión de sangre en los alvéolos y tejido intersticial.

Tales lesiones serían producidas por choques violentos de la pared torácica contra los pulmones y por la compresión de éstos durante las convulsiones asfícticas que suelen preceder a la muerte.

Este signo, lo mismo que el anterior, no es patognomónico. Todo lo más que indica es que la muerte fue precedida de fenómenos convulsivos.

e) *Otras lesiones histológicas.*—Las grandes enciclopédicas de Medicina legal las exponen en gran número, y aun cuando las encontradas por Carrara en el riñón y las descritas por Massaro en los centros nerviosos, son las de más valor, en general, todas ellas no son de gran importancia, pues al poco tiempo de la muerte son fácilmente confundibles con las primeras alteraciones cadavéricas.

Lo mismo que de estos últimos podemos decir de todos los demás signos descritos; es decir, que sólo tienen algún valor cuando la putrefacción no está en un período avanzado de su evolución; ésta puede simular algunos de los fenómenos descritos, tales como el vaciamiento del corazón y de los vasos, o enmascarar otros, como las equimosis subendocardíacas y las zonas de enfisema confusivo de los pulmones.

3. *Diagnóstico diferencial.*—La muerte por hemorragia traumática hay que diferenciarla de los siguientes procesos: anemia grave crónica, anemia perniciosa y hemorragias post-mortem. En todos estos casos, el aspecto general del cadáver es muy parecido al de hemorragia aguda de origen traumático.

a) *Anemia grave crónica.*—Generalmente es sintomática de un proceso morboso, como neoplasia, tuberculosis, etc. Por lo tanto, la demostración de este proceso constituirá la clave del diagnóstico. Además se observa una especie de imbibición de los tejidos que falta en la anemia aguda por hemorragia traumática.

b) *Anemia perniciosa.*—El diagnóstico diferencial, habrá de establecerse por los caracteres de la medula

ósea y eventualmente por los caracteres morfológicos de la sangre.

c) *Hemorragias post-mortem.*—Cuando se infieren heridas en las zonas hipostáticas de un cadáver, puede producirse una abundante salida de sangre, disminuyendo notablemente la masa sanguínea y dando al cadáver el aspecto general de la muerte por hemorragia rápida y directa. Para el diagnóstico diferencial, conviene tener en cuenta, que en tales condiciones, sólo podrán vaciarse de sangre los grandes vasos, mas no los órganos parenquimatosos, cuya acentuada anemia constituye un excelente signo para el diagnóstico diferencial entre hemorragia vital y hemorragia post-mortem.

1) Embolias.

Las principales embolias de origen traumático, que pueden producir la muerte, son la embolia trombótica, la embolia adiposa y la embolia gaseosa.

1. *Embolia trombótica pulmonar.*—Cuando un traumatismo recae sobre una parte del cuerpo donde existe una trombosis en venas de la gran circulación, aquél puede provocar la movilización de un émbolo voluminoso. Esta clase de embolias no son muy frecuentes en la práctica médico-legal, siéndolo mucho más la muerte post-traumática, por embolia adiposa o por embolia gaseosa.

2. *Embolia adiposa.*—Se debe a la penetración en el torrente circulatorio de gotas de grasa, que transportadas por la corriente sanguínea, pueden llegar a obstruir los capilares de algunos distritos vasculares, cuando su calibre es de dimensiones inferiores a la cantidad de grasa.

Los traumatismos que más principalmente dan lugar a la producción de embolias adiposas, son las fracturas óseas, aun cuando no siempre es necesaria esta solución de continuidad, bastando en ocasiones la simple conmoción ósea para que la embolia se produzca; de esta misma manera explican algunos autores la embolia que se produce en los ataques de eclampsia; por el sacudimiento que experimenta la medula ósea durante los accesos. Por el mismo mecanismo pueden producirse, a consecuencia de caídas, saltos, etcétera, no acompañados de lesiones esqueléticas. Siguen en frecuencia, las lesiones del tejido celular subcutáneo, y más raramente—rarísimas—, las lesiones del hígado, ya que sus células contienen escasa cantidad de grasa.

El pronóstico de las embolias adiposas no es siempre mortal. En muchos casos, después de trastornos más o menos graves y persistentes, se termina con la reabsorción o eliminación renal—lipuria—, de la grasa penetrada en la circulación.

Entre las circunstancias individuales que favorecen su producción, merecen citarse, sobre todo, los estados morbosos que puedan favorecer la transformación grasosa de la medula, las degeneraciones grasosas de los órganos donde se verifique el traumatismo y la edad avanzada, cuando la medula ósea es particularmente grasosa.

La cantidad de grasa necesaria para producir la muerte por embolia grasosa es muy variable. Según las experiencias de Fuchsig sería necesario el 2 por 1.000 del peso del animal; según los de Maccagno, bastaría el 1,6 por 1.000; de todos modos existen condiciones individuales no siempre apreciables y que varían en mucho el grado de tolerancia del organismo a la penetración de la grasa en la circulación. Además, habrá de tenerse en cuenta la importancia funcional del órgano donde se localice la embolia.

a) *Embolia pulmonar*.—La grasa que penetra en la circulación sanguínea a nivel de los capilares de la gran circulación, es arrastrada al corazón derecho y de aquí a la pequeña circulación, deteniéndose en los capilares pulmonares. El territorio pulmonar embolizado, puede ser mayor o menor, dependiendo de la cantidad de grasa que haya penetrado en la sangre.

Según Bürger y G. Strassmann, de dos traumatismos, uno en la parte superior del tronco y otro en la parte inferior, se podría establecer cuál es el causante directo de la muerte; en el primero la grasa se distribuiría preferentemente en los lóbulos superiores e inversamente en el segundo.

Debido a la perturbación de los cambios gaseosos por la detención de la circulación a consecuencia del émbolo grasoso, la intensidad de la sintomatología está en relación con la extensión pulmonar embolizada; generalmente aparece inmediatamente después del traumatismo o a las pocas horas, raramente al cabo de algún día. Consiste, sobre todo, en disnea más o menos acentuada y signos de edema pulmonar, que pueden llegar hasta producir una muerte rápida por asfixia.

A la autopsia, los pulmones aparecen edematosos, enfisematosos, con pequeñas infusiones sanguíneas; las preparaciones microscópicas, demuestran las zonas vasculares embolizadas de grasa. Conviene tener en cuenta como causa de error, el hecho de que durante la evolución de los fenómenos putrefactivos, pueden penetrar gotas de grasa en los vasos pulmonares. Para la valoración de la embolia, como causa directa y rápida de la muerte, debe tenerse en cuenta la extensión pulmonar embolizada, pudiendo solamente ocasionarse la muerte cuando haya sustraído una amplia parte del territorio pulmonar a la función respiratoria.

b) *Embolias de otros órganos*.—Aunque con menos frecuencia que en los pulmones, pueden también observarse embolias adiposas en otros órganos de la gran circulación, unas veces por la permeabilidad del agujero de Botal y otras porque las gotas de grasa consiguen pasar los capilares pulmonares alcanzando la aurícula izquierda. Llegada la grasa al corazón izquierdo, puede penetrar en la aorta, y arrastrada por la gran circulación, llegar a detenerse en los capilares de diversos órganos, produciendo embolias de los riñones, del corazón, del encéfalo, etc.

La embolia adiposa del encéfalo es muy grave. Por lo general se manifiesta con inquietud y subdelirio, depresión y coma, convulsiones generalizadas

y parciales, o por parálisis de irregular distribución. La muerte, más que rápida, puede ser instantánea cuando se embolizan los capilares de los centros bulbares.

La embolia adiposa del corazón se manifiesta por irregularidad y aceleramiento del pulso y sensación de angustia precordial. Es también gravísima.

En la embolia renal, la grasa se localiza preferentemente en los capilares de los glomérulos. Por lo general es poco grave, ya que la grasa termina por eliminarse a través del riñón (lipuria).

La grasa puede llegar hasta los capilares cutáneos, cuya embolización puede ser causa de pequeñas hemorragias.

3. *Embolia gaseosa*.—Generalmente se trata de embolias gaseosas pulmonares, aun cuando pueden presentarse también en otros órganos.

a) *Embolia gaseosa pulmonar*.—El aire penetra en la gran circulación por las venas periféricas, siendo transportado al corazón derecho y de aquí a la pequeña circulación, deteniéndose en los capilares y perturbando la respiración—por obstáculo a la circulación de la sangre en los pulmones—y la circulación—por distensión de la cavidad derecha del corazón al sufrir imprevistamente la llegada de gran cantidad de burbujas gaseosas.

La embolia gaseosa de los pulmones es, generalmente, consecuencia de heridas de los grandes vasos, sobre todo del cuello y axila, donde están revestidos de un tejido conectivo denso, que hace que al ser seccionados los vasos, permanezcan éstos abiertos; además, porque en las venas de esta región, durante la dilatación inspiratoria del tórax, la presión tiende a hacerse negativa, que favorece la aspiración del aire.

Aunque más raramente, también puede ser debida a la penetración de aire en venas de menor calibre, uterinas, tiroideas, etc. Según Oppel, en estos casos, venas que normalmente carecen de capacidad para aspirar aire, lo adquirirían, bajo la influencia de la anemia determinada con la hemorragia, por el descenso de la presión arterial, a consecuencia de la disminución de la cantidad de sangre y por la ininterrumpida acción aspirante del tórax y del corazón derecho, que hacen que la presión de ciertos ramos venosos, en vez de ser normal, débilmente positiva, sea negativa.

La sintomatología se inicia generalmente a los dos o tres minutos de producida la lesión; consiste en palidez, dilatación pupilar, desaparición de reflejos, aceleración de la respiración que se hace cada vez más irregular, pulso frecuente y casi imperceptible e irregular que termina por desaparecer, calambres musculares (opistótonos), sobreviniendo la muerte a los ocho o diez minutos de iniciado el síndrome.

El pronóstico no es siempre necesariamente mortal. Pequeñas cantidades de aire pueden ser perfectamente toleradas en la circulación y terminar por reabsorberse. Según Delbet y Mocquot, el pronóstico



INSTITUTO
DE
BIOLOGÍA Y SUEROTERAPIA

Laboratorios IBYS y THIRF reunidos



MADRID
BRAVO MURILLO, 45



DIRECTOR: DR. A. RUIZ FALCÓ

BRONCONEUMOSERUM
IBYS-THIRF


Sancionado por toda la clase médica.

Está reconocido como el más poderoso agente curativo de las

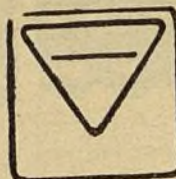
BRONQUITIS, PNEUMONIAS Y
BRONCONEUMONIAS

De absoluto valor profiláctico de las
Bronconeumonías post-operatorias.

ROLACO



Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos

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

Modo de emplearlo:

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



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

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

Modo de usarlo:

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

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

CALCILINE

(Laboratorio Odinet. — París).

El recalcificador por excelencia adaptado por todas las eminencias médicas para el tratamiento de la

ANEMIA, CLOROSIS, LINFATISMO, TUBERCULOSIS

Fórmula por comprimido de CALCILINE

SIMPLE: Fosfato de cal 0,35. Carbonato de cal 0,07. Fluoruro de calcio 0,05.

ADRENALINADA: Fosfato de cal 0,35. Carbonato de cal 0,07. Fluoruro de calcio 0,005. Sol. Adrenalina al 1.000° 2 gotas.

METILARSINADA: Fosfato de cal 0,35. Carbonato de cal 0,07. Fluoruro de calcio 0,005. Metilarsinato de sosa 0,005.

Fórmula por medida de granulado de CALCILINE

SIMPLE: Fosfato de cal 0,70. Carbonato de cal 0,14. Fluoruro de calcio 0,01. Azúcar 1,60.

ADRENALINADA: Fosfato de cal 0,70. Carbonato de cal 0,14. Fluoruro de calcio 0,01. Sol. Adrenalina al 1.000° 4 gotas. Azúcar 1,60.

METILARSINADA: Fosfato de cal 0,70. Carbonato de cal 0,14. Fluoruro de calcio 0,01. Sosa 0,01. Azúcar 1,60.

Literatura y muestras: J. M. BALASCH CUYAS. — Farmacéutico.

Avenida Alfonso XIII, 440. — BARCELONA

depende de varios factores, siendo los más importantes los siguientes:

De la cantidad de aire que hubiera penetrado en la circulación.

De la rapidez de la penetración; una dada cantidad de aire es mortal si penetra rápidamente; en cambio, si penetra lenta y fraccionadamente, puede ser gradualmente absorbida o eliminada a través de las paredes de los alvéolos.

De la distancia a que se encontraba la lesión venosa por donde ha penetrado el aire, respecto del corazón: Cuanto menor es la distancia, menor es la cantidad de sangre que debe atravesar el aire y más pronto llegan las burbujas al corazón y a los pulmones. Cuanto mayor es la distancia, mayor es la cantidad de sangre a recorrer por el aire, y, por lo tanto, más fácilmente puede ser absorbido y disuelto.

Para el diagnóstico tanatológico de la embolia gaseosa pulmonar, el signo más característico es la distensión de la cavidad derecha del corazón, de la cava superior y de los ramos de la arteria pulmonar por sangre espumosa. Estos signos sólo tienen valor cuando el estado de perfecta conservación del cadáver permite excluir la presencia de los gases de putrefacción—conviene recordar que la sangre es el medio donde primeramente se inicia la putrefacción gaseosa—, y cuando la abertura del tórax y de los órganos circulatorios se verifica con todo el rigor de la autopsia médico-legal.

b) *Embolias gaseosas de otros órganos.*—Algunos autores niegan terminantemente que el aire pueda pasar del corazón derecho al izquierdo, a través de los vasos pulmonares, considerando solamente posible este paso en casos de persistencia del agujero de Botal. No obstante, otros admiten la posibilidad de que el aire pase a las arterias de la gran circulación, considerando bastante frecuente la embolia gaseosa del encéfalo, que ocasionaría la muerte por alteración o supresión funcional de sus centros nerviosos.

II.—MUERTE TARDÍA OCASIONADA DIRECTAMENTE POR EL TRAUMATISMO.

En estos casos, la lesión mecánica determina una muerte directa, pero a mayor o menor distancia del momento de su acción. En realidad, los mecanismos son los mismos que intervienen en la muerte rápida, pero actuando más tardíamente o de un modo lento y progresivo.

A) Hemorragias tardías.

Pueden ser debidas a contusiones graves de las paredes de los vasos, que producen una escara necrótica en todo su espesor, y que al desprenderse deja en la pared del vaso una brecha de idénticas dimensiones a la lesión. También por desprenderse bajo el aumento de la presión sanguínea el trombus, que al descender la presión en la primera pérdida de sangre había ocluido temporalmente la pérdida de substancia. Por último, a lesiones del corazón; una herida de las paredes cardíacas, que dió escasa

hemorragia, se cicatriza, pero esta cicatriz cede más tarde bajo el aumento de la presión interna coincidente con el sístole, dando entonces lugar a una hemorragia mortal.

B) Embolias.

Las lesiones contusivas de los vasos y del endocardio pueden dar origen a trombus y éstos, al cabo de un tiempo más o menos largo, dar lugar a émbolos de la gran circulación que pueden ser mortales.

C) Lesiones de órganos importantes.

Merecen citarse, sobre todo, las contusiones cerebrales, en las que el esfacelo necrótico producido sigue una evolución lenta de modo que, sin que intervengan otras complicaciones, la muerte puede sobrevenir al cabo de algunos meses.

Lo mismo puede suceder con las lesiones del páncreas y de las suprarrenales, que, a través de una fenomenología bastante característica, pueden producir la muerte al cabo de varios días.

III.—MUERTE OCASIONADA INDIRECTAMENTE POR EL TRAUMATISMO.

Como hemos dicho anteriormente, en estos casos, el traumatismo no hace más que crear las condiciones para la intervención de otros factores causales, que en realidad constituyen la verdadera causa última y directa de la muerte; es decir, la muerte es debida a las complicaciones de las lesiones primitivas; por lo general, se trata de infecciones y de enfermedades originadas, reveladas o agravadas por el traumatismo.

A) Infecciones.

Pueden ser locales y generales. Merecen citarse, sobre todo, las siguientes: Pulmonía traumática, meningitis traumática, peritonitis traumática (por contusión abdominal o heridas del tubo digestivo), supuraciones crónicas, osteomielitis, tétanos, gangrena gaseosa, etc. La muerte, a consecuencia de estos procesos, no es de tanta importancia médico-legal como los anteriormente expuestos para el diagnóstico tanatológico. De todos modos, sobre su importancia en otras cuestiones forenses, nos ocuparemos en otro trabajo sobre los efectos y consecuencias generales de las lesiones traumáticas.

B) Enfermedades orgánicas metatraumáticas.

Son tantas y tales, que no haremos más que mencionar los tipos nosológicos más importantes:

1. *Enfermedades del recambio.*—El prototipo es la diabetes.

2. *Enfermedades ligadas a trastornos de la secreción interna.*—Merecen citarse, sobre todo, la enfermedad de Flagani-Basedow y la enfermedad de Addison.

3. *Enfermedades del sistema nervioso central.*—En el encefálico, epilepsia, etc.; en el medular, las lesiones discontinuativas, completas o incompletas.

4. *Enfermedades del sistema hematopoyético.*—La leucemia y la anemia perniciosa.

5. *Enfermedades del sistema circulatorio.*—Las anomalías cardíacas consecutivas a roturas valvulares o a endocarditis traumáticas y los aneurismas.

6. *Enfermedades del sistema respiratorio.*—Las estenosis de las vías aéreas y la atelectasia pulmonar.

7. *Enfermedades del aparato digestivo.*—Las úlceras de estómago sobre todo.

8. *Enfermedades del aparato uropoyético.*—Nefritis, hidronefrosis, etc.

Quiste hidatídico. Diagnóstico ⁽¹⁾

POR EL

DR. H. G. MOGENA

La existencia de un quiste hidatídico, hasta de gran tamaño, es compatible con un estado de salud aparentemente bueno: de ahí que cuando no asentaba en partes en que se podía ver o palpar, su diagnóstico era difícil.

La expulsión de membranas por la boca o, en ocasiones, un ataque de anafilaxia, eran los factores que entonces descubrían la enfermedad.

A la exploración radiológica, sobre todo para los quistes de localización torácica, y principalmente a la reacción de Casoni, se debe el que en la actualidad sean pocos los casos no diagnosticados.

En nuestro país, el quiste hidatídico es bastante frecuente, no sólo en su localización hepática, sino también pulmonar, según hoy vemos. Examinando las estadísticas de los autores en países en que se padece mucho del quiste, se ve que su asiento en el hígado es, con mucho, el más importante, llegando a un 75 por 100, aproximadamente; viene después el pulmonar, con un 10 por 100, siendo las demás localizaciones, bazo, riñón, cerebro, etc., mucho más raras.

La preferencia del hígado se deberá a que, llegando el embrión al intestino del hombre, es llevado por la vena porta al hígado, en donde quedará localizado. El lóbulo derecho se afecta con más frecuencia, tal vez por ser de mayor diámetro la vena hepática derecha y recibir un mayor número de embriones.

La llegada al hígado tiene lugar antes de las doce horas de la ingestión del embrión, e inmediatamente se produce un acúmulo de pequeñas células mononucleares, comienzo del folículo hidatídico; al tercer día ya se ve un gran número de leucocitos eosinófilos, prueba de la toxina específica del parásito. El folículo sigue creciendo, y a los catorce días el parásito ha llegado a hacerse vesicular.

A la tercera semana el folículo continúa su crecimiento, conteniendo un quiste ya visible. Alrededor del folículo, las células hepáticas, en íntimo contacto con él, le forman una nueva capa. Su crecimiento, dentro del lóbulo hepático, es esférico, pero por seguir el sitio de menos resistencia puede llegar a tener una forma ovoidea.

El quiste puede detener su desarrollo, reabsorberse el líquido y degenerar su capa laminar, formando un saco fibroso con masas calcáreas.

Pero la mayoría de los quistes sobreviven, continuando la formación de líquido y el acúmulo de material hialino

alrededor de la capa cuticular, el primero, puede llegar a varios litros y la membrana cuticular hasta un grosor de medio centímetro, dependiendo, principalmente, de la edad del quiste.

La función de esta membrana es proteger el delicado desarrollo de los escoles dentro del quiste y, además, debida a su rigidez, servir de sostén a la membrana germinal que se encuentra adherida a ella; por su impermeabilidad retiene el líquido quístico e impide la entrada de sustancias extrañas.

La llegada al pulmón parece se hace a favor del pequeño tamaño del embrión, que llegando al hígado permite su paso a través de los capilares hepáticos.

Birb cree que, dada la resistencia del huevo a la desecación, sería posible el paso directamente al pulmón por inhalación del polvo infectado, y de ahí la frecuencia de la hidatidosis pulmonar en Australia; parece, sin embargo, es necesario la acción del jugo gástrico para disolver la capa quitinosa del huevo y dejar libre al embrión.

Del pulmón puede pasar todavía por los capilares pulmonares a la circulación general y alojarse en otros órganos o tejidos.

No parece debe dudarse que la transmisión al hombre se hace por el perro, huésped intermediario del parásito y en cuyo intestino se reproduce considerablemente; la transmisión por el gato u otros animales, es mucho menos frecuente.

En aquellos países con gran abundancia de ganado lanar, y en donde los perros tienen fácil acceso a los mataderos, que les permite alimentarse con vísceras quísticas del ganado sacrificado, son, desde luego, en donde más se padece de quiste hidatídico.

Conocido el modo de contagio del hombre, es obligación del médico divulgarlo, para evitar en lo posible, por medio de medidas higiénicas e impidiendo el contacto del hombre y perro, que la enfermedad se propague.

Ingerido el embrión quístico, su desarrollo es más fácil en las personas jóvenes, no pudiendo precisarse el tiempo de crecimiento; según Escudero, daría síntomas cuando asienta en el pecho a los dos o tres años, pero según Maclaurin, tardaría de seis a siete años. Desde luego, varía según su localización, tanto por la clase de tejido que destruye cuanto por la compresión producida.

No es infrecuente encontrar junto con el quiste principal quistes hijos, que unas veces sobrenadan en el líquido, y otras, si son numerosos, se encuentran agolpados unos con otros.

La formación de estos quistes es discutida, siendo tres las principales teorías que intentan explicarnos. Para unos, se trataría de parásitos distintos; otros, creen que la formación de quistes hijos es lo natural, ya que llegado el parásito a un cierto desarrollo, tenderá a su reproducción, y sólo por circunstancias especiales se impediría su poder fecundante, y por último, otros creen que solamente se encuentra perturbada la evolución normal del parásito.

Esta anomalía de desarrollo se debería, o a traumatismo más o menos violento sobre el quiste madre, o a la existencia de un canal que permitiría la entrada de sustancias anormales, o a una insuficiente nutrición del quiste (por proceso infectivo en el tejido próximo al quiste, toxemia general, etc.).

Un caso de quistes hijos múltiples de causa traumática hemos tenido ocasión de ver recientemente. Se trataba de un hombre de campo, que al caerse de una caballería recibió un fuerte golpe en la región hepática; al poco tiem-

(1) Conferencia dada en el Servicio del Dr. Valdés Lambea (Hospital Militar de Madrid-Carabanchel), el día 30 de Enero de 1930.

po se sintió mal, presentando una urticaria generalizada. Al cabo de varios meses notó dolor y abultamiento en la región del hígado, teniendo, además, diseminado por todo el vientre unos bultitos, que habían ido creciendo, y en la actualidad oscilaba su tamaño entre el de una nuez y el de huevo de gallina. Pensamos, por consiguiente, se trataba de un quiste hidatídico, que se rompió por el traumatismo en cavidad libre de peritoneo, con siembras múltiples; tanto las regiones de Casoni, como el Weinberg, y la eosinofilia, fueron positivas. Operado por el Dr. Peláez, confirmó el diagnóstico que se había hecho.

Para el diagnóstico del quiste hidatídico, disponemos hoy de medios suficientemente exactos y algunos sencillos que nos permitan con gran certeza llegar a él.

No entraremos a describir los datos que un interrogatorio bien orientado nos mostrara, pero si queremos insistir en cómo, sólo por él pensaremos en la existencia de un quiste, sobre todo si se localiza en hígado o pulmón.

Hasta ahora se viene describiendo como regla general la falta de dolor en el quiste hidatídico de hígado no complicado, y por lo que a nuestra experiencia se refiere, creemos es esto un error que puede dar lugar a falsos diagnósticos; una gran parte de los enfermos de quistes vistos por nosotros venían quejándose de dolor por el hígado o le acusaban a la palpación. Se trata de un dolor lento sin grandes exacerbaciones espontáneas, ni relación con la ingestión de alimento. Otras veces falta el dolor espontáneo, pero, en cambio, le encontramos al explorar la región hepática. Es necesario no olvidar la existencia en el quiste de este dolor provocado al palpar la región infrahepática, que si no podía llevarnos al diagnóstico erróneo de afección vesicular.

La causa de este dolor quiere explicarse por la existencia de perihepatitis en los quistes supurados, pero en algunos de los examinados por nosotros no se encontró en la operación ni supuración, ni hidatides hijos.

En estos casos piensa puede ser debido el dolor a distensión visceral, presión sobre los conductos biliares, pleuritis diafragmática, peritonitis subfrénica, o, como cree Chauffard, a presión sobre el plexo celiaco.

Así como es frecuente que los quistes de pulmón de un cierto tamaño engloben durante su crecimiento algún bronquio en el cual se abra, los de hígado pueden abrirse en la vesícula o en los conductos biliares, simulando un cólico hepático por cálculo. Como no siempre el enfermo observa en sus deposiciones la presencia, en aquellos días, de hidatides, el diagnóstico resulta, a veces, difícil. Los antecedentes, tamaño de hígado, sondaje duodenal, examen a rayos X y pruebas biológicas, son medios que nos llevarán a un diagnóstico exacto.

La rotura del quiste en las vías biliares, muy bien estudiada por Deve, puede pasar desapercibida, dando lugar en otras ocasiones a un síndrome de pericolecistitis con formación de un gran plastrón. En estos casos los detalles del comienzo agudo que, a veces son los de un ataque de anafilaxia, nos pondrán sobre la pista; sobre todo no dejaremos de preguntar si se presentó urticaria, síntoma el más ostensible de este ataque de anafilaxia, aun cuando a veces falta.

Al examen a rayos X se debe en gran parte el diagnóstico de la localización pulmonar del quiste, que si antes parecía muy rara era por pasar desapercibido. El hallazgo de una sombra redondeada con bordes casi siempre netos en el tejido pulmonar, es un dato bastante seguro de la existencia de un quiste, que luego confirmaremos apelando a los medios biológicos.

La hemoptisis, que con tanta frecuencia se presenta, es muchas veces el síntoma que nos lleva a descubrir la enfermedad al explorar el tórax. El dolor o sensación de peso en el pecho y la tos a los cambios de posición, también pueden orientarnos en el diagnóstico.

Quistes de la cara superior de hígado con gran elevación de la cúpula diafragmática o asentando en la base pulmonar, pueden hacer pensar, después de la exploración física y examen a rayos X, en un derrame pleurítico. La punción que en estos casos se hace para conocer la naturaleza del derrame hará el diagnóstico al extraer un líquido como agua de roca, pero tiene el inconveniente de los graves accidentes que la punción del quiste origina, principalmente de origen anafiláctico.

Hemos visto últimamente un caso en el que, pensando se trataba de derrame pleurítico, hicieron una punción exploradora; el líquido incoloro y transparente llevó al diagnóstico de quiste hidatídico; para confirmarlo practicaron la reacción de Casoni, que dió lugar a un intenso choque anafiláctico. Cuando algunos días después nosotros le hicimos, la reacción intradérmica fué positiva, pero no muy intensa. Operado el enfermo por el Dr. Peláez, se confirmó la existencia de un quiste en la cara superior del hígado, pero ya ni durante la operación ni después de ésta se volvieron a presentar fenómenos anafilácticos.

Debemos por consiguiente, antes de puncionar cualquier cavidad que contenga líquido y pueda ser por hidatidosis, desechar por los demás medios la existencia de ésta, evitando así los serios accidentes a que da lugar.

De las pruebas biológicas, las más empleadas para el diagnóstico son: investigación de la eosinofilia, reacciones, de Weinberg y Casoni. A estas pruebas apelaremos en todo caso de duda, principalmente en toda hipertrofia de hígado, ya que el éxito del tratamiento en caso de quiste está bien en contraste con la falta de tratamiento eficaz en gran parte de las demás hepatomegalias.

Así como al principio del desarrollo del quiste se produce alrededor del nódulo quístico una eosinofilia celular, el desarrollo ulterior del parásito produce, como todos los helmintos, un aumento del número de eosinófilos en la sangre circulante.

Solamente hablaremos de eosinofilia cuando pasen de 3 por 100 los polinucleares acidófilos, por encontrarse hasta ese número en condiciones normales.

Conforme a nuestra experiencia, solamente se encuentra eosinofilia en una mitad de los quistes, proporción semejante a la dada por la mayoría de los autores, menos por Pittaluga, que la ha visto en 83 por 100. El número de estos leucocitos que en casos positivos hemos encontrado oscila entre 4 y 7 por 100, número mayor para pensar en la existencia de parásitos intestinales.

El aumento de eosinófilos se encuentra al mismo tiempo, además de en la parasitosis intestinal, en las afecciones alérgicas, cutáneas, etc., no siendo, por consiguiente, específico de la hidatidosis.

La eosinofilia se presenta en todos los quistes en los primeros tiempos de la vida del parásito, pero luego, tal vez debido a un mayor engrosamiento de la pared quística, disminuye la cantidad de toxina específica absorbida y la eosinofilia desaparece. Por consiguiente, en los quistes jóvenes será en los que encontremos aumento de eosinófilos que faltará en los ya viejos; de aquí que solamente la veamos en una mitad, aproximadamente, de los casos.

En caso de rotura o después de su extirpación, aumen-

ta la cantidad de líquido absorbido y vuelve a aparecer la eosinofilia.

Cuando por la operación queda completamente extirpado el quiste, el aumento de acidófilos desaparece con bastante rapidez; si esto no sucede habrá que pensar, desechadas las demás causas, que el quiste se ha reproducido o que existe otro nuevo; naturalmente que faltará en casos de supuración.

De las pruebas serológicas, la de desviación del complemento es la más empleada con fines diagnósticos. Primeramente, practicada por Chedini y más tarde por Weinberg, cuyo nombre se la da generalmente, tiene una gran importancia por su absoluta especificidad y frecuencia con que se presenta.

Para algunos autores, sin embargo, no es tan específica, pero puede asegurarse que sólo a falta de técnica se la imputarán los resultados positivos en aquellos casos en que con comprobación de autopsia no se encontró ningún quiste.

En nuestra estadística, publicada en el año 1924, dábamos un 72,7 por 100 de resultados positivos en casos comprobados por operación; proporción semejante la hallamos hoy después del examen de un mayor número, no habiendo visto nunca un resultado positivo sin existencia de quiste.

La proporción encontrada por otros autores es, en general, semejante a la nuestra, quedando un poco más de la cuarta parte de los casos con resultado negativo.

Aparte de los resultados negativos que se tengan por faltas imputables a la técnica, principalmente por no emplear un antígeno suficientemente activo, los demás se deben a insuficiente formación de anticuerpos específicos.

Para la formación de anticuerpos es necesario que exista absorción de antígeno parasitario, que puede faltar cuando la membrana quística sea muy densa: en casos de quiste simple es donde por faltar con frecuencia la absorción de anticuerpos la reacción es negativa. Como casi siempre, en la localización pulmonar el quiste es simple y sin supurar, el Weinberg suele ser negativo. Lo mismo sucede en casos de degeneración fibrosa, calcificación o supuración crónica, por faltar nuevos anticuerpos al no producirse el antígeno específico.

Cuando el quiste es puncionado, se rompe, o después de operarle; entonces la reacción de desviación del complemento es positiva, aun cuando anteriormente no lo fuese, debido a la gran cantidad de antígeno que entonces pasa a la sangre. También en general, es positiva en casos de existencia de quistes hijos, ya que para ello fué necesaria la rotura de la membrana madre y la consiguiente absorción de líquido por la adventicia más permeable.

Es interesante el comportamiento de esta reacción con la supuración del quiste; cuando ésta es aguda, como fué necesario para que se produjese la existencia de un pequeño canal, al mismo tiempo hubo una salida del líquido quístico, con la consiguiente formación de anticuerpos en gran cantidad, dando lugar a reacción positiva. En cambio, si la supuración es de larga fecha, con la muerte del parásito se terminó la producción de antígeno y al cabo de un cierto tiempo la reacción se hace negativa.

En general, podemos decir que es positiva en casos de quistes múltiples cuando existan quistes hijos, después de su punción o rotura más o menos extensa, en casos de supuración aguda y al principio de ser operados y negativa en los quistes viejos, degenerados, fibrosos o calcáreos, cuando la supuración fuese de larga fecha, si la

membrana quística es muy densa, y algún tiempo después de su curación total por la operación.

Cuando pasados ocho o diez meses de ser operado un quiste el Weinberg es positivo, tendremos que pensar, o que existe otro quiste, o que el primero se ha reproducido. Para Fairly los anticuerpos no desaparecen pronto de la sangre, siendo la reacción positiva hasta pasados doce meses.

Vemos, por consiguiente, cómo la reacción de desviación de complemento no sólo nos sirve para cerciorarnos de la existencia de quiste, sino también nos da indicios sobre su probable estado.

La reacción de más reciente conocimiento y mayor valor diagnóstico es la intradérmica, conocida con el nombre de Casoni, por haber sido este autor italiano el primero que la empleó.

Por su extraordinaria sencillez, especificidad y porcentaje tan alto de resultados positivos en casos de quiste, hemos procurado contribuir a su divulgación, habiendo sido nuestras comunicaciones las primeras que en nuestro país se publicaron (1).

El fundamento de la reacción se debe a los fenómenos de anafilaxia, que se producen por el paso a la sangre de una gran cantidad de antígeno en caso de punción o rotura del quiste en un individuo ya sensibilizado.

La reacción se practica, como es bien conocido, inyectando intradérmico o subcutáneo, de medio a un centímetro de líquido hidatídico; unos autores dan la preferencia al procedente del quiste bovino, utilizando otros el humano; desde luego, solamente se empleará líquido completamente transparente. Nosotros, por razones más bien de comodidad, y después de haber empleado los dos con idénticos resultados, utilizamos el humano a dosis de 0,60 a 1 c. c. intradérmico; si es el bovino, es suficiente la mitad de la dosis. Ponemos dosis distintas, aun del mismo líquido, conforme pensemos por los demás datos que será de intensa la reacción; así en casos de supuesta rotura del quiste, la dosis será mínima, por ser suficiente para provocar fenómenos intensos de anafilaxia local.

Dos clases de reacción local pueden presentarse en caso positivo, una precoz, que hace su aparición a veces desde los dos minutos de puesta la inyección, y otra tardía, pasadas ocho o diez horas. La primera es la más frecuente con su pequeña placa de urticaria en el sitio de la punción, formándose en seguida varias para fundirse luego en una sola, rodeada de zona eritematosa; eritema que será más o menos intenso, según el grado de respuesta anafiláctica, llega acompañado en ocasiones, pasadas ocho o diez horas, de edema, que suele desaparecer a las veinticuatro horas. Como en todo fenómeno de anafilaxia local, no falta el prurito.

Otras veces esa primera reacción es muy débil, o no existe, y en cambio, pasadas las doce horas, comprobamos la existencia de eritema alrededor del lugar de la inyección, con una zona más extensa de edema, que suele durar hasta las veinticuatro horas, habiendo notado el enfermo, a más del picor, calor y sensación de tirantez. Rara vez empleando las dosis indicadas llegan a producirse fenómenos generales.

Tenemos, por consiguiente, que examinar la reacción, no solamente en los primeros quince minutos, sino también entre doce y veinticuatro horas después.

(1) H. G. Mogen: Las reacciones biológicas en el quiste hidatídico. Comunicación presentada a la Academia Médico Quirúrgica. 12 de Mayo de 1924.—Idem. La intradermoreacción hidatídica. *Archivos de Med. Ctr. y Esp.*, 17 Abril 1926.

Es interesante esta diferencia de tiempo de aparición de los fenómenos locales de anafilaxia. Podía explicarse pensando que la reacción precoz se debería a la acción del antígeno sobre los capilares, mientras que la tardía a una acción semejante en el endotelio de los vasos del tejido subcutáneo, adonde el antígeno tarda más en llegar.

La reacción precoz también podría explicarse como una verdadera reacción de anafilaxia, y la tardía como respuesta del tejido subcutáneo a los productos tóxicos de la interacción, entre antígenos y anticuerpos.

Solamente podría prestarse a confusión a los no acostumbrados a una reacción inflamatoria, por emplear un líquido infectado, y esto es bastante fácil de distinguir, o también por la sensibilidad local que tienen algunas personas cuando se ponen una inyección, aun cuando sean de suero fisiológico. Conociendo esto es fácil también la diferenciación por la desaparición rápida del fenómeno local. En un caso nuestro hubo una ligera reacción anafiláctica que desapareció rápidamente, semejante a la que se presentó cuando a las pocas horas se puso 1 c. c. de spasmalgina. De aquí que se haya aconsejado inyectar al mismo tiempo en el otro brazo 1 c. c. de suero fisiológico; pero esto sólo será necesario en caso de duda por muy ligera reacción local.

La reacción de Casoni es completamente específica; nosotros no la hemos visto nunca presentarse en casos en que no existiese quiste hidatídico. Claro es que para afirmar lo contrario no puede bastarnos los datos negativos de operación, sino solamente aquéllos de una autopsia cuidadosa que nos pueda descubrir las múltiples localizaciones del quiste.

Así como hemos visto no había eosinofilia más que en una mitad de los casos y el Weinberg era positivo sólo en un 72,7 por 100, la reacción de Casoni es, conforme a nuestra experiencia positiva, fuerte en el 99 por 100 de los enfermos con quiste.

En más de medio centenar de enfermos con quiste hidatídico, comprobado por operación o por la expulsión de hidatídes por la boca a los que hemos hecho el Casoni, la reacción fué positiva fuerte en todos menos en uno, en que solamente se produjo un débil fenómeno de anafilaxia local, viendo en la operación se trataba de quiste supurado.

El porcentaje positivo de la mayoría de los autores es también muy alto. Pontano lo encuentra en el 95 por 100 de los casos; Luridiana, de diez casos fué positivo en siete, tratándose en los otros tres casos de quiste supurado en dos, y el otro contenía un líquido con tinte biliar. También en un quiste supurado obtuvo reacción negativa G. Serra, siendo en todos los demás analizados positiva; idéntico resultado obtuvieron Cignozzi y Pontano; Finochietto la encuentra positiva en el 99 y fracción por 100. Pittaluga es el único autor que obtiene una estadística algo discordante, ya que sus resultados solamente fueron positivos en el 75 por 100 de los casos. Sala y Villalobos, en los enfermos operados por Urrutia encontraron reacción positiva en el 82,6 por 100. Para Lemaire y Jahier fué positiva en el 100 por 100 de sus casos.

Vemos, desde luego, que casi todos los autores encuentran un Casoni positivo en los quistes no supurados y, en cambio, los resultados son diferentes en los infectados. Podría explicarse el distinto porcentaje en el último caso por el momento en que se vea el resultado de la reacción. En la estadística de Kellaway y William vemos que el número de resultados positivos en casos de quiste, principalmente en los complicados (supurados, etc.), es menor a las seis horas de verificada la inyección que a los pocos

minutos; por consiguiente, tal vez alguno de los resultados negativos se deban a no considerar como positiva la reacción local, que a las pocas horas ha desaparecido.

La negatividad en los supurados quiere explicarse por el excesivo paso a la circulación de antígeno que daría lugar a desensibilización; pero una mayor liberación de antígeno tiene lugar en caso de rotura del quiste o de su operación, y entonces es cuando hemos visto las más intensas reacciones anafiláticas, que en uno de nuestros casos dió lugar a una infiltración edematosa de todo el brazo.

Una vez más he de insistir en que la reacción de Casoni es de un valor considerable, pero a condición de guardar un gran cuidado en su pequeña técnica y en la observación de los resultados. Como el líquido que empleamos pierde sus propiedades antigénicas pasados cuatro a seis meses, o podría estar infectado, es necesario convencernos de antemano que con él se obtiene resultado positivo, ensayándole en un enfermo que tenga o haya tenido un quiste y reacción negativa en un sano; después, viendo los resultados en la primera media hora, y si fuese negativa a las doce o veinticuatro horas, podemos tener seguridad absoluta en la reacción.

Reacciones pseudopositivas cree Dew pueden presentarse en los siguientes casos, que habría que tener en cuenta para evitar confusiones: cuando existe ictericia con prurito en sujetos con enfermedades generalizadas de la piel, en aquellos que muestran tendencia al asma, urticaria o dermatografismo, en hemofílicos, y también si están sensibilizados a las proteínas de carnero y empleamos antígeno de este animal.

Como las inyecciones repetidas de líquido hidatídico dan lugar en personas sin quiste a un estado de anafilaxia, según hemos comprobado, y cuyo resultado publicamos hace tiempo, es necesario, ante un Casoni positivo, enterarnos si esta reacción había sido practicada varias veces con anterioridad, perdiendo entonces su valor.

Diagnosticado el quiste hidatídico, puede decirse que el único tratamiento a hacer es quirúrgico, es decir, su extirpación, y esto lo más pronto posible por el temor de su rotura espontánea y las consecuencias subsiguientes (grave crisis de anafilaxia, peritonitis, etc.). Aun cuando no fuese por su rotura, sería necesaria la operación para evitar así la caquexia hidatídica por la reabsorción continua de los productos tóxicos del quiste.

La forma de anestesia que se emplee para la operación no es indiferente. Cuando es la anestesia local se corre el peligro, si se vierte algo de líquido en la herida, de producirse un shock anafiláctico en seguida, que puede ser de consecuencias fatales.

Como la anestesia general inhibe la anafilaxia no se corre ese riesgo por el momento, pero, en cambio, puede presentarse pasado el efecto de la anestesia, citándose casos hasta los dos o tres días.

A fenómenos anafilácticos se deben algunos de los trastornos que los enfermos presentan en seguida de la intervención, que la mayoría de las veces no son diagnosticados como tales, faltando muy frecuentemente la urticaria y el picor.

Dew llama la atención sobre los fenómenos que aparecen algunos días después de la operación, como fiebre y disnea, que hace pensar en la presencia de una neumonía; otras veces, los fenómenos anafilácticos toman una forma abdominal con dolor, vómitos y gran postración, y en ocasiones, con delirio, gran agitación mental y convulsiones; origen semejante tiene la disnea, pirexia,

ataques de tos o dolor, que se presentan en el curso post-operatorio.

La reacción de Casoni no solamente es de un valor absoluto para el diagnóstico, como acabamos de ver, sino que, además, por la intensidad de su respuesta, juzgará el cirujano del estado anafiláctico del sujeto. Cuando la reacción sea muy intensa, sobre todo a las doce o veinticuatro horas, la hipersensibilidad del enfermo es grande, y el operador evitará, durante la intervención, se vierta líquido en la herida, que daría lugar a un shock anafiláctico inmediato; en tales casos es de aconsejar la anestesia general.

LA ANAFILAXIA ⁽¹⁾

POR EL

SR. DR. D. MANUEL MARTIN SALAZAR

DESENSIBILIZACIÓN

Los animales que sobreviven a la reacción anafiláctica adquieren inmediatamente un estado refractario. Esta propiedad característica no aparece sino después de la inyección de una cantidad suficiente de antígeno. Trozos de tejidos musculares lisos procedentes de animales sensibilizados presentan igualmente ese estado refractario después de la reacción con el antígeno.

Cuando la reacción es provocada por una cantidad mínima de antígeno, el animal es todavía susceptible de reaccionar a la inoculación de una segunda dosis del mismo antígeno. La desensibilización parece, pues, depender del agotamiento o saturación de los anticuerpos. La desensibilización es además específica. En efecto: un conejillo sensibilizado con dos proteínas diferentes, que han reaccionado ya a un primer choque provocado por una de ellas, adquiere el estado refractario respecto de esta última, pero conserva toda su sensibilidad con relación a la otra proteína.

LA ANTIANAFILAXIA

El estado refractario a la reacción anafiláctica puede desarrollarse en los animales sensibilizados no solamente por saturación o agotamiento de los anticuerpos fijados por el antígeno, sino igualmente a consecuencia de la presencia en la sangre de un exceso de anticuerpos libres y capaces de fijar el antígeno antes que éste haya podido llegar a los anticuerpos intracelulares, que es donde se da la reacción anafiláctica. Esta última condición es la que únicamente representa la verdadera antianafilaxia.

Esta forma de resistencia, debida a la presencia de anticuerpos que responden a la anafilaxia verdadera, es específica y explica la ausencia de choque anafiláctico en los cobayas inmunizados por inyecciones repetidas de proteínas extrañas. Hay experiencias que demuestran la legitimidad de esta hipótesis: los órganos aislados de los cobayas que han adquirido la inmunidad antianafiláctica recuperan, después de eliminados por el lavado los anticuerpos de la circulación, una gran sensibilidad al antígeno específico.

Weil ha demostrado que la inyección subcutánea de dosis débiles de antígenos a cobayas sensibilizados pasivamente por inyección intravenosa de dosis elevadas de antisuero no desensibilizan el útero; en este caso, el antígeno fijado por los anticuerpos libres de suero no puede

combinarse con los anticuerpos intracelulares, que es la condición de la anafilaxia. Se puede igualmente observar *in vitro* el mismo fenómeno de antianafilaxia, colocando un útero sensibilizado en un baño conteniendo un exceso de anticuerpos.

De las observaciones de Weil se comprueba que la antianafilaxia puede ser obtenida por la alimentación prolongada con una proteína tan bien como por inyección. Esta inmunización alimenticia explicaría muchos fenómenos observados en el hombre y en los animales de experiencia.

VENENOS ANAFILÁCTICOS

Este nombre es empleado para designar una serie de sustancias que se presumen ser la causa del choque anafiláctico. Friedberger obtuvo un producto venenoso por inoculación del antígeno, precipitina específica (anticuerpo) y complemento, al cual dió el nombre de anafactoxina, por creer que era la causa de la anafilaxia.

Doer y Ruso demostraron que no era a la reacción necesario el complemento. Vaughan y Wheeler probaron la actividad tóxica intensa de los productos de desdoblamiento de las sustancias proteicas, y sentaron que la anafilaxia consistía en una semejante desintegración de las proteínas.

La semejanza del choque anafiláctico y los efectos de la histamina han hecho pensar a algunos autores, singularmente a Dale, que esa sustancia era la causa del choque; pero después se han hallado diferencias grandes entre la acción de la histamina y el choque anafiláctico, y se ha sentado que la histamina produce sólo efectos anafilactoides. De entre las sustancias que producen efectos más semejantes al choque anafiláctico, hay una, que es la peptona Witte, que viene a inclinar la opinión en favor de las sustancias derivadas de los proteidos como origen del veneno anafiláctico. Sin embargo, el hecho de que la peptona no produzca un estado refractario consecutivo demuestra que no es el verdadero veneno anafiláctico. Como se ve, este capítulo está muy lejos de poderse cerrar sin reserva, y sigue abierto a nuevas investigaciones científicas.

ANTISENSIBILIZACIÓN

Cuando un cobaya recibe una dosis única de suero de conejo muchos días antes de una dosis sensibilizante de suero procedente de un conejo inmunizado con una proteína extraña, la sensibilización pasiva habitual no se desarrolla. Este fenómeno se explica por la aparición en el cobaya de anticuerpos para el suero del conejo, cuyos anticuerpos protegerían los tejidos del cobaya contra los anticuerpos del suero del conejo inmunizado. Esta explicación la confirma el hecho de que esa inyección preliminar del suero de conejo no se opone a la sensibilización pasiva con el suero de un cobaya inmunizado por una proteína extraña.

La inyección de una fuerte dosis sensibilizante puede producir otra forma de estado refractario dependiente de la desensibilización. Cuando las dosis sensibilizantes no son muy elevadas, se pueden observar resultados diferentes. Por ejemplo: una dosis sensibilizante de 0,004 c. c. de suero realiza una sensibilización máxima más rápidamente que una dosis de 0,1 c. c., bien que el grado de sensibilización final sea el mismo. Estos resultados parecen indicar la persistencia del antígeno en la sangre durante el periodo de formación y fijación de los anticuerpos en las células. Estos anticuerpos son poco a poco saturados por

1) Véase el número anterior

el antígeno, sin provocar reacción apreciable. Weil admite que el antígeno y anticuerpo pueden coexistir en las células sin combinarse, como lo hacen en la sangre. Una gran dosis de antígeno sensibilizante puede engendrar un exceso de anticuerpos y la condición de la antianafilaxia.

CONCURRENCIA DE ANTÍGENOS

Julián Lewis ha descrito una forma de interferencia anafiláctica por desensibilización. Según este autor, una cierta cantidad de proteína capaz de producir una sensibilización anafiláctica por inyección a un cobaya no manifiesta ninguna actividad, si ella se inyecta simultáneamente, o en menos de veinticuatro horas de intervalo, con una dosis mucho más elevada de otra proteína. Por ejemplo: una serie de cavia son sensibilizados con una mezcla de 0,1 c. c. de suero de caballo y cantidades de suero de perro progresivamente decrecientes desde 2 c. c. a 0,001 c. c. Probados con el suero de conejo los cavia que han recibido la cantidad dicha de suero de perro, no reaccionan; los cavia inoculados con dosis variables de 0,25 a 0,01 c. c. de suero de perro presentan reacciones graves, aunque no mortales; en cambio, los animales testigos preparados sólo con el suero de conejo sucumben rápidamente a este suero.

Estos resultados sólo se pueden explicar por el número limitado de receptores del organismo capaces de unirse a las proteínas extrañas. La proteína inhibidora inyectada en exceso acapararía la totalidad o mayoría de los receptores. En estas condiciones, una proteína inyectada simultáneamente es incapaz de combinarse en dosis suficientes para producir una cantidad apreciable de anticuerpos para esta segunda proteína. Del mismo modo, si una dosis elevada de proteína es inyectada al mismo tiempo que una dosis sensibilizante del suero inmune, la combinación de este último, necesario a la sensibilización pasiva, es inhibida por un mecanismo análogo.

ATENUACIÓN NO ESPECÍFICA DEL PODER REACCIONAL

La intensidad de las reacciones anafilácticas puede ser atenuada por numerosas sustancias introducidas por vía intravenosa inmediatamente antes de la acción sensibilizante del antígeno. Esta propiedad desensibilizante, no específica, pertenece a sustancias muy diversas: peptonas, tripsinas, varias sales minerales, orina, sustancias proteicas, etc. Este mecanismo inhibidor es mal conocido. El oleato de sosa posee en el más alto grado esta propiedad. La explicación de este efecto parece depender, según Kopaezevski y Vargham, de una baja en la tensión superficial de la sangre; y estos autores admiten que el choque anafiláctico es debido a la obstrucción de los capilares por la floculación coloidal. Esto, cuando menos, muestra la importancia de las modificaciones del estado coloidal de la sangre en los fenómenos tóxicos de la anafilaxia.

La propiedad protectora antianafiláctica del cloruro de sodio es generalmente atribuida a su acción inhibidora sobre la actividad del complemento. Según Ridiet, esa acción se explica por su efecto sobre las células nerviosas. Otros atribuyen la influencia del cloruro de sodio a una disminución de la irritabilidad celular, consecutiva a una modificación del estado coloidal de las células y los humores producidos por dicha sal.

La mayor parte de los agentes capaces de producir las desensibilizaciones no específicas obran modificando la sensibilidad del mecanismo reaccional.

Se ha observado que después de la sensibilización rea-

lizada simultáneamente con dos antígenos, el animal o el músculo uterino cesan de reaccionar con uno de los antígenos, pero quedan sensibles a la acción del otro, aunque siempre este otro produce reacciones menos violentas que cuando el antígeno se utiliza aisladamente. Si, por ejemplo la sensibilización es llevada a cabo simultáneamente con dos proteínas de naturaleza diferente, la inhibición tenida lugar sobre uno de los antígenos desaparece después de algunos días. Esta inhibición del antígeno parece ser producida por una fatiga reaccional del organismo.

APLICACIÓN DE LA ANAFILAXIS

AL DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE LAS INFECCIONES

Aspecto anafiláctico de la tuberculina.

La tuberculina es, como se sabe, un preparado o extracto del bacilo de Koch que produce una reacción inflamatoria específica. Esta acción depende de un principio activo, específico, que obra sólo sobre los tejidos tuberculosos, y es un caso particular, evidente, genuino, de anafilaxia.

Ya el profesor Roberto Koch demostró que la composición de este agente anafiláctico era de naturaleza proteica, y pudo decir con razón que la tuberculina es un irritante específico de las células tuberculosas, y que no interesa los tejidos sanos. Esta reacción, en efecto, es específica, y está anatómicamente caracterizada por todas las lesiones de una inflamación aguda, en que el aumento de la permeabilidad capilar parece jugar un papel muy importante.

La especificidad de la reacción ha hecho que se utilice singularmente en el diagnóstico de la tuberculosis de las vacas, y también se use con éxito en el diagnóstico de la tuberculosis activa del hombre, más en los niños que en los adultos. En este sentido, se prefiere a todos los procedimientos el de la cutirreacción. La oftalmorreacción, recomendada por Calmette, ha sido abandonada por posiblemente peligrosa.

Lo más interesante del descubrimiento de Koch fué la tuberculinoterapia. Este descubrimiento abrió un ancho campo de investigación a la aplicación terapéutica del fenómeno de anafilaxia; y quién sabe, andando el tiempo, cuántos nuevos descubrimientos podrán realizarse en este sentido con aplicación a otras infecciones.

El mecanismo de la cura en la tuberculinoterapia es el siguiente: la reacción específica que produce la tuberculina sobre los tejidos tuberculosos no solamente afecta a éstos, sino que congestiona y estimula, además, los tejidos sanos de alrededor, en los cuales, bajo la influencia de este estímulo, se despierta una reacción saludable, capaz de facilitar la reproducción celular de los elementos sanos, y de llegar, por último, a cicatrizar las lesiones tuberculosas.

Lo delicado de este proceso curativo estriba principalmente en la dificultad de dar con la cantidad apropiada del antígeno tuberculoso. Es un problema cuantitativo más que cualitativo, y que una vez resuelto en su aplicación a este y a otros agentes anafilácticos, podrá acaso sorprender mañana con el descubrimiento de la cura de muchas infecciones hasta ahora consideradas como incurables.

No hay caso más elocuente que este de la tuberculina para juzgar del valor de la aplicación de la anafilaxia al diagnóstico y terapéutica de las enfermedades infecciosas. La tuberculina de Koch, y todas las demás tuberculinas inventadas después, no son en esencia más que extractos de bacilos tuberculosos, en los que se busca la pu-

rificación de la sustancia antigénica de naturaleza proteica que ocasiona las lesiones tuberculosas. Este antígeno específico, una vez introducido en el organismo de los tuberculosos, da lugar a esa reacción viva de carácter anafiláctico de que hemos hablado antes. Dicha reacción anafiláctica, realizada singularmente en los focos tuberculosos, es la que ha servido para el diagnóstico primero, y para la terapéutica después, de las lesiones tuberculosas.

El porvenir de la vacunación o inmunización antituberculosa está en encontrar un procedimiento químico por el cual se llegue a obtener de los bacilos de Koch la proteína específica tipo que representa el antígeno tuberculoso puro, libre de toda mezcla con materias extrañas a él. Todo lo descubierto en este sentido hasta ahora es, por desgracia, imperfecto o defectuoso; aunque hay que confesar que algunos investigadores, como nuestro Ferrán, Calmette y Guérin, y otros, se hallan en el recto camino de llegar con éxito al fin. A la vacuna de Calmette-Guérin se le ha argüido que, dada su composición de bacilos bovinos, vivos y atenuados, podría acaso, por una posible exaltación virulenta de los gérmenes vivos, ocasionar algún daño a los vacunados. Hasta ahora, sin embargo, sea dicho en honor de los célebres bacteriólogos franceses, no hay prueba que confirme tal temor.

Con igual fundamento que este de la aplicación de la tuberculina a la tuberculosis se ha generalizado el método a otras enfermedades infecciosas, buscando en la reacción anafiláctica local producida por el antígeno específico respectivo la expresión diagnóstica del padecimiento. Así se ha aplicado ya la reacción anafiláctica al diagnóstico de la fiebre tifoidea, de la sífilis, de las infecciones gonocócicas, de la pneumococia, del muermo y de otras más. El porvenir de este medio diagnóstico es incalculable. La brevedad de este discurso no permite entrar aquí en los detalles de la técnica diagnóstica de estas infecciones en particular; pero es conveniente dejar sentada la importancia clínica extraordinaria que tienen estas nuevas orientaciones de la ciencia, y las ventajas que para el diagnóstico y la terapéutica de las infecciones puede traer en un próximo porvenir la aplicación de las reacciones anafilácticas. Estas cosas están sólo en los comienzos, y ya nos asombran por los éxitos alcanzados en poco tiempo. En mi sentir, la inmunoterapia, como progreso científico, sólo se puede comparar con la opoterapia, y puede que, a la postre, aventaje a ésta en sus triunfos curativos y preventivos. No se olvide que la Naturaleza se vale espontáneamente de los mecanismos anafilácticos para la prevención y cura de las enfermedades infecciosas, y que el arte debe inspirarse y seguir los caminos de la Naturaleza.

SÍNTESIS DE LA ANAFILAXIA

El término *allergia*, que significa etimológicamente reacción viva modificada, comprende toda reacción anormal del organismo a la influencia de los agentes externos, cualquiera que sea la naturaleza de éstos; mientras el término *anafilaxis* debe ser reservado a la hipersensibilidad ocasionada por sustancias netamente antigénicas, de naturaleza proteica, y como consecuencia, de una reacción de antígeno anticuerpo.

Toda proteína cuyo poder antigénico se manifiesta por la formación de anticuerpos verdaderos por las reacciones inmunológicas generales es igualmente capaz de producir la sensibilización y la reacción anafiláctica correspondiente.

No ha sido todavía establecido que ninguna sustancia

no proteica sea capaz de producir la sensibilización anafiláctica. Lo que sí puede acontecer es que ciertos radicales no proteicos se unan a las proteínas de la sangre o de los tejidos de un animal y pueda conferirle a éstas el carácter de una proteína extraña capaz de provocar reacciones anafilácticas en el propio animal. Numerosas sustancias capaces de aglutinar los hematíes y plaquetas de la sangre, y modificar el grado de disposición de los coloides de la misma, poseen igualmente la propiedad de provocar por inyección intravenosa síntomas de intoxicación análogos a los de la anafilaxia. Empero, estas reacciones son más bien anafilactoides, que difieren esencialmente de las reacciones anafilácticas verdaderas, no obstante la analogía de los fenómenos observados en unas y otras.

La hipersensibilidad anafiláctica ha sido atribuida a un anticuerpo probablemente idéntico a las precipitinas y a los anticuerpos fijadores del complemento; pero la absoluta identidad de estos anticuerpos no ha sido con exactitud establecida.

La reacción anafiláctica parece tener lugar en el interior de las células que han fijado el anticuerpo en su protoplasma. Sin embargo, las sustancias que resultan de la unión de los antígenos y anticuerpos en la sangre, parecen igualmente intervenir en el choque anafiláctico, aunque en menor grado.

Los cambios celulares que causa la reacción anafiláctica son hasta ahora desconocidos, y se producen tan rápidamente que parecen desarrollarse sin participación de ningún proceso diastásico.

Se ha creído por muchos que el choque anafiláctico era dependiente de una digestión proteolítica, y de la formación consecutiva de un veneno que fué llamado *anafilotoxina*. La toxicidad del suero, resultante de modificaciones en el estado de sus constituyentes coloidales, puede también acusarse como origen de la anafilaxis. Lo mismo puede decirse de la histamina y de otros venenos similares que provocan fenómenos análogos a la anafilaxia. Últimamente, el Dr. Dale, en unas notables conferencias dadas recientemente en el Real Colegio de Médicos de Londres, ha querido probar que todos los fenómenos anafilácticos son efecto de la histamina, la cual es una hormona vasodilatadora que se produce normalmente en el hígado, y que, combinada con las hormonas vasoconstrictoras, la adrenalina procedente de la glándula suprarrenal y la vasopresina de la glándula pituitaria, constituyen el sistema químico vasomotor. La observación de que las inyecciones de histamina dan lugar a síndromes sintomáticos semejantes a los de la anafilaxia en las distintas especies de animales y la circunstancia de que sólo aquellas células que son naturalmente sensibles a la histamina en cada especie son las únicas capaces de reacción anafiláctica, han dado a la teoría de Dale una fuerza de convicción que antes no tenía.

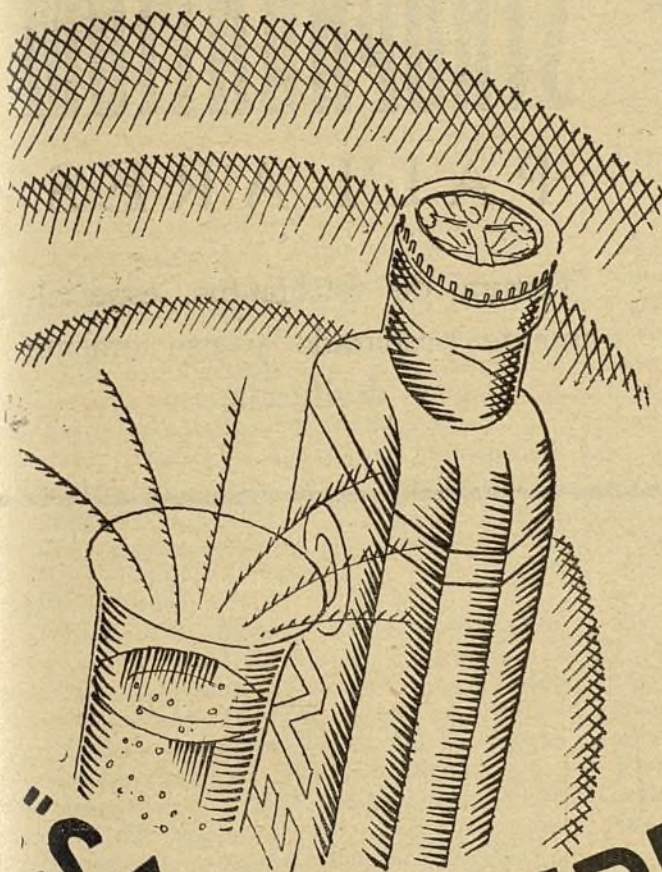
En rigor de verdad, y por encima de todo, puede decirse que la exacta naturaleza de la reacción anafiláctica permanece en la obscuridad. Se conoce sólo su aparato externo, que es de orden vasomotor. Así pueden explicarse la mayor parte de sus manifestaciones por una contracción generalizada de los músculos lisos del organismo; y la diversidad de aspectos de la reacción anafiláctica en las distintas especies de animales se explica por la diferencia de repartición de su sistema muscular liso.

Es probable que otras células, además de las fibras musculares lisas, sean también afectadas, porque el choque anafiláctico provoca una alteración profunda del organismo, como lo prueba la disminución de la coagulabi-



ATONIA INTESTINAL

La atonía intestinal es, a un tiempo mismo, causa y efecto de la relajación de los músculos intestinales, ocasionada por la acumulación de residuos. Por eso es muy difícil corregirla, imposible a veces, si previamente no se asegura la evacuación regular en los intestinos. * A menos que las células y los tejidos se encuentren ya saturados de fluido con exceso, interesa mucho que el laxante se tome disuelto en gran cantidad de agua: de ahí la indicación convenientísima, para este objeto, de la «Sal de Fruta» ENO. * Su pureza, sabor agradable, salubridad perfecta y acción eficaz no dolorosa, le han conseguido la estimación de la clase médica en todos los países. * La «Sal de Fruta» ENO no contiene en absoluto purgantes minerales, como sulfatos de sosa o de magnesia, ni ingredientes endulzantes. Tampoco contiene aromatizadores de ninguna clase. Se ha conseguido su grato sabor sin incorporarle ningún elemento extraño: simplemente por la escrupulosidad de su pureza y la exactitud de su composición.



"SAL DE FRUTA" ENO

« MENTOR DIAGNÓSTICO »

Elegantemente encuadernado en tafilete negro. Tratadito en el que se resumen los puntos esenciales del diagnóstico de las enfermedades nerviosas, cuyos complejos síntomas tan fácilmente escapan a la memoria. Por su tamaño, puede llevarse en el bolsillo del chaleco, siendo en todo momento una valiosa ayuda para aclarar cualquier punto dudoso. Con sumo gusto remitirá un ejemplar a todo médico que lo solicite, el

Concesionario de la «Sal de Fruta» ENO

FEDERICO BONET. — Apartado 501. — Madrid

ION - CALCINA PALLARÉS

Hemostático-reconstituyente
á base de **cloruro de calcio**.

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

lidad de la sangre, el aumento de ázoe no proteico de la misma, la acidosis pronunciada y la reducción del metabolismo gaseoso del total organismo y de los tejidos aislados.

El estado refractario a las reacciones anafiláticas puede presentarse en muchas condiciones: puede depender de una desensibilización por agotamiento de los anticuerpos intracelulares que se unen al antígeno; es atribuible también a la antianafilaxia, cuando existe en la sangre una gran cantidad de anticuerpos libres, capaces de acaparar el antígeno antes que llegue éste a las células, que son el asiento normal de la reacción. Se puede observar, además, una antisensibilización por la anafilaxia pasiva, cuando la sangre contiene anticuerpos para el suero vector del agente anafilático; en cuyo caso, los anticuerpos sensibilizantes no pueden llegar a las células. Existe, por último, una inactivación celular por agotamiento propiamente dicho, debido a la acción de algún medicamento u otra causa inhibitoria, que impide la respuesta de las células sensibilizadas a la reacción antígeno-anticuerpo. Una verdadera síntesis de la anafilaxia no se podrá hacer hasta el día que el progreso científico lo permita mejor.

Se puede decir, en resumen, que la anafilaxia es un fenómeno de reacción viva, en el que una primera introducción de antígeno ocasiona la formación de anticuerpos específicos en el interior de las células y fluidos del organismo, los cuales anticuerpos, en presencia de una segunda introducción del propio antígeno, y en combinación con él, engendran ciertas substancias tóxicas, que son las que dan lugar a todos los síntomas anafiláticos.

No se puede ahondar más, hoy por hoy, en la esencia del fenómeno de la anafilaxia; pero bien se puede decir que su trascendencia biológica y sus aplicaciones a las ciencias médicas están llamando poderosamente la atención, cada vez más, de los biólogos y de los médicos de todas partes del mundo.

Por lo pronto, se ha abierto en la Patología un capítulo nuevo a la investigación diagnóstica, y que consiste en averiguar qué clase de síntomas son los que, en el síndrome de las enfermedades especiales, representan sólo fenómenos anafiláticos; como, por ejemplo, son las erupciones cutáneas, los ataques de asma, cierto orden de perturbaciones funcionales del aparato circulatorio, nervioso, digestivo, etc., que los clínicos habían considerado hasta ahora como entidades patológicas definidas, y que de aquí en adelante tienen que mirarse como accidentes anafiláticos que obedecen a causas genéticas más hondas del proceso morboso correspondiente.

Esta distinción de los síntomas anafiláticos de los que no lo son traerá consigo un cambio en los actuales conceptos sobre el diagnóstico, la prevención y la cura de las enfermedades generales, y singularmente de las infecciones, en las que el poder y la especificidad de los antígenos hacen más fácil la presentación de fenómenos de anafilaxis. Hay síndromes anafiláticos que constituyen por sí solos toda la esencia de la enfermedad, y tales síndromes pueden tratarse con éxito por los anticuerpos específicos, que se supone con razón han sido engendrados en el organismo de los enfermos por la acción de los antígenos respectivos. En esta suposición está basada la práctica novísima, que da a veces resultados terapéuticos sorprendentes, de la aplicación en estos casos de las inyecciones llamadas *autohemoterápicas*; es decir, de la sangre del propio enfermo; la cual se supone pueda contener anticuerpos específicos que neutralicen la acción patológica

de los antígenos, y, por tanto, que sean capaces de curar los padecimientos respectivos.

Hay otro orden de enfermedades en que los fenómenos anafiláticos, si existen, son insignificantes, accidentales, transitorios, y en que la terapéutica específica antianafiláctica es menos o nada eficaz. En estos casos, el estudio anafilático del mal es mucho menos preciso, porque los síntomas orgánicos y funcionales de otro orden son los que más importan al clínico.

En resumen: el total mecanismo del fenómeno de anafilaxia puede condensarse de la manera siguiente: Las moléculas complejas de ciertas proteínas ingresadas en el cuerpo no pueden ser utilizadas directamente por los tejidos y son reconocidas como material extraño para las células del organismo. En consecuencia, cuando son introducidas en éste, ciertas células, excitadas por su presencia, producen por reacción viva unos anticuerpos, que los autores llaman de primer orden, cuyas funciones son las de desintegrar esas complejas moléculas de proteína ingresadas en el organismo. Este es el primer paso en la reacción inmunológica producida por la presencia en los tejidos de esas proteínas extrañas.

Tales anticuerpos de primer orden, desintegrando sólo parcialmente las moléculas de proteína ingresadas como antígenos, crean un estado de hipersensibilidad a la acción repetida de la misma proteína, llamado estado hipersensible o anafilático, al cual se debe, por una reacción de antígeno-anticuerpo, después de reingresado el mismo antígeno, el desarrollo de un veneno específico que da lugar a toda esa serie de perturbaciones funcionales que constituyen el cuadro sindrómico de la anafilaxis. Cuando en ese estado de hipersensibilidad se introduce por la corriente sanguínea, o por otro camino que permita su rápida absorción, una gran cantidad del propio antígeno, se provoca en el organismo sensibilizado un accidente gravísimo, que a las veces termina con la muerte, y que se ha llamado *choque anafilático*. Por el contrario, la introducción repetida y moderada de la misma proteína engendra en el propio organismo, por reacción viva, unos nuevos anticuerpos, llamados de segundo orden, cuya función es la disociación completa de las moléculas de proteína antigénica y del veneno creado por la anafilaxis, determinando consecutivamente un estado de tolerancia o insensibilidad de los tejidos al influjo del propio antígeno, que es lo que constituye la verdadera y definitiva inmunidad del individuo.

Veamos ahora el interesante papel que los fenómenos anafiláticos ejercen en la génesis de las enfermedades infecciosas, según los últimos estudios inmunológicos. Desde que la Ciencia se orientó en el fenómeno de anafilaxia hasta el presente, ha habido una sucesiva extensión del papel y grado de su actuación en la génesis de las infecciones. Al principio sólo se admitía su intervención en los fenómenos más salientes, singularmente en el llamado *choque anafilático* y en las reacciones que le precedían o seguían inmediatamente; pero, poco a poco, ha ido extendiéndose su concepto, haciéndolo penetrar cada vez más en el mecanismo genético de las infecciones, hasta el punto que hoy día se trata de explicar toda la génesis de éstas por la intervención de los fenómenos anafiláticos en el desarrollo de los síntomas manifestados en el total curso de dichas dolencias, desde el período llamado de incubación hasta el de la curación o la muerte, que son las fases terminales de toda infección.

Para explicar esto de la manera más llana y transparente posible, hay que sentar, en primer término, que

son las proteínas que forman parte del protoplasma de los microbios las que, poniéndose en libertad al ser digeridas por los tejidos, obran como antígenos en la génesis de las infecciones. Esas proteínas antigénicas o toxinas de origen microbiano comienzan a obrar calladamente sobre las células del organismo invadido, sin dar lugar al principio a ningún síntoma exterior, pero engendrando por reacción viva una serie de anticuerpos específicos, que más tarde son los que, combinados con nuevas cantidades del propio antígeno microbiano, producen las perturbaciones sindrómicas de la anafilaxis. Ese período callado, silencioso, latente, a que nos hemos referido, es el llamado período de incubación de las infecciones.

Una vez engendrados los correspondientes anticuerpos en las células del organismo, pasan de aquéllas a la sangre, y, en general, a todos los fluidos del cuerpo. En este momento, si la infección sigue adelante, y, por tanto, si los microbios y sus toxinas siguen engendrándose, estas últimas se combinan con los anticuerpos que circulan en la sangre o que se hallan en la intimidad de los elementos anatómicos, y dan lugar a la formación de venenos anafilácticos, que, obrando sobre todo el organismo, y, en especial, sobre ciertos órganos, ocasionan los síntomas morbosos de la infección, que no son otra cosa que las manifestaciones anafilácticas producidas por la reacción antígeno-anticuerpo de carácter específico que se da en el interior del organismo.

Mientras haya anticuerpos en la sangre que, combinados con el antígeno microbiano, sigan produciendo el aludido veneno anafiláctico, la enfermedad seguirá su desarrollo clínico, sin que los síntomas sean más que meras manifestaciones anafilácticas. Mas, llegada a este punto, la enfermedad puede seguir dos caminos diferentes: o tiende hacia la curación o sigue empeorando cada vez más, hasta llegar a la muerte. En el primer caso, o sea en el proceso de curación, el veneno anafiláctico, convertido en nuevo antígeno, provoca la formación de un segundo orden de anticuerpos, que tienen la virtud de desintegrar completamente las moléculas de dicho veneno, y de provocar la cura de la enfermedad por verdadera inmunización. En el segundo caso, sigue produciéndose cada vez más el veneno anafiláctico, hasta lesionar los centros vitales y ocasionar la muerte por intoxicación.

Mirada así la génesis de las infecciones, todo en ellas se puede explicar por mecanismos anafilactógenos, no siendo los síntomas más que reacciones funcionales, debidas a la acción de los venenos anafilácticos, y no representando la curación o la muerte otra cosa que dos aspectos de ese mismo mecanismo, con la diferencia que el uno conduce a la inmunidad, que es la curación, y el otro lleva al término de la vida, por intoxicación fatal por los venenos microbicos y anafilácticos a la vez.

Todo lo que aquí queda dicho está aún en período de investigación, y no se sabe todavía bien distinguir qué es lo que pertenece al terreno de la hipótesis o de la mera fantasía, y qué es lo que corresponde a lo probado por la ciencia y consagrado por la razón. El porvenir lo dirá con la depuración de los hechos y su recta interpretación racional que aquilata la quintaesencia de las cosas.

Si la dicha génesis anafiláctica de las infecciones se confirmara, surgiría en seguida, entre otras cosas, el uso de un nuevo método de curación de las enfermedades microbianas por medio de la autohemoterapia, con la cual se ayuda a la Naturaleza, utilizando los propios medios que ella usa en la curación espontánea de estas dolencias.

Yo me ocupo ahora en confirmar experimentalmente

la virtud de la autohemoterapia en una epizootia de peste porcina presentada en Extremadura, y estoy satisfecho de mis primeras impresiones, que, de confirmarse por completo, darian fundamento para su empleo en las infecciones humanas, cuya idea brindo, para su experimentación, desde este sitio, a mi querido e ilustre amigo el Dr. Marañón, que tantos méritos tiene para una labor de esta naturaleza.

De todos modos, bien sobradamente se comprende con lo dicho todo lo que en un porvenir próximo se puede esperar del desarrollo de los estudios de los fenómenos anafilácticos, y lo que la clínica y la medicina práctica propiamente dicha han de poder utilizarse de esos nuevos conocimientos. Puede decirse, pues, sin hipérbole alguna, que la anafilaxia ha abierto un nuevo campo, antes totalmente desconocido, a los estudios médicos modernos, y que la elección de este asunto como tema de mi discurso en esta sesión inaugural no ha estado del todo desprovista de oportunidad y discernimiento. Sólo falta que yo haya acertado a exponer ante vosotros la doctrina con todos los múltiples aspectos que la cuestión presenta, y que haya conseguido dar una visión clara y perfecta del estado actual de la ciencia sobre la anafilaxia.

FINAL

Ya he llegado, señores, al fin de mi discurso, sintiendo que la aridez y complejidad del asunto no me haya proporcionado ocasión para distraer vuestro ánimo y esparcir las alas de vuestro espíritu por el amplio campo de la imaginación y la poesía, sino por el estrecho y árido camino de la ciencia y la razón. Eso tiene su excusa en la superioridad que la ciencia tiene sobre las letras y el entendimiento sobre la imaginación. La razón es la facultad suprema del espíritu, y la ciencia, como obra de razón, es la labor más útil del hombre en la vida. Toda la redención del género humano estriba en los progresos de la ciencia. Todas las demás entelequias que distraen a los hombres del culto a la ciencia como primer objetivo de la vida causan un grave daño al progreso humano, de cuyo daño no se dan bien cuenta los llamados guaidores de muchedumbres, que se enfrascan en ciertas figuras idealistas que no conducen más que a una desorientación completa de la realidad de las cosas, con menoscabo del lado útil de la vida humana.

Si bien se mira este punto, el concepto que se tiene todavía de la ciencia, hasta en los pueblos más civilizados, no es suficientemente elevado, a nuestro entender, para conseguir de ella el óptimo fruto a que se ofrece su virtud potencial en el mundo. Como prueba de ello, véase el menosprecio con que se trata a ciertos hombres que, gracias a su genio, han llegado al descubrimiento de cosas útiles a la Humanidad, y la exaltación extrema que se otorga a ciertos farsantes o faranduleros que, con palabras vacías de sentido y procedimientos condenados por la moral, andan orgullosos y triunfantes por esos mundos de Dios. Yo no dejaré de recordar nunca el caso de mi querido amigo el insigne Dr. Ferrán, que, después de haber descubierto y demostrado, a más de otras importantes cosas, la eficacia de la vacuna anticolérica, que, aplicada en todas las partes del mundo, ha salvado la vida a miles y miles de individuos, todavía no se le ha redimido de las censuras y ofensas que con este motivo le dirigieron y publicaron sus enemigos. Esta es una deuda de honor que tiene España todavía sin cancelar, y que es preciso se apreste pronto a redimirla mediante un homenaje público, nacional, al sabio Ferrán.

Jarabe de FELLOWS

Fortalezca la primera línea de defensa orgánica con

LOS ALIMENTOS QUÍMICOS DE LOS TEJIDOS

que contiene esta afamada preparación en combinación con
quinina y esticnina, cuya acción dinámica es bien conocida.

DESMINERALIZACION
ATONIA MUSCULAR
CONVALECENCIA
NEURASTENIA
DEBILIDAD
EMBARAZO

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., INC.
26 Christopher Street
Nueva York, N. Y.

*Muestras
á solicitud*

El TONICO
ALIMENTICIO

MANGANESO
FOSFORO
POTASIO
HIERRO
CALCIO
SODIO

OSRAM-VITALUX

LA LÁMPARA GENERADORA DE RAYOS
PARECIDOS AL SOL

⟨LUMÍNICOS, CALÓRICOS Y ULTRAVIOLETA⟩

A petición y gratuitamente facilitamos literatura
sobre los resultados en el tratamiento de eritemas,
raquitismo, en la bacteriología y sobre los éxitos
de curación clínicos.

Pídala en todos los Bazares médicos.

OSRAM, MADRID, APARTADO 251

*tratamiento integral
de todas las afecciones del sistema venoso*

PROVEINASE MIDY

Asociación de extractos de plantas
cuida dosamente elegidas
Castano de India - Cupressus - Viburnum - Hamamelis
y de extractos de glandulares a secreción interna
Hipofisis - Suprarrenal - Tiroide
2 a 6 COMPRIMIDOS AL DÍA
(Tragar sin mascar)

Varices
Varicosidades
Varicoceles
Úlceras Varicosas
Edemas postflebiticos
Almorranas

Trastornos congestivos
de la menopausis
y de la pubertad
Hipofixia
Criestesia
Astenia

**MEDICACION LOCAL
DE LAS ALMORRANAS**

POMADA MIDY

SUPOSITORIOS MIDY

LABORATORIOS MIDY
4. Rue du Colonel-Moll - PARIS

BISMUTHOÏDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la SÍFILIS
EN AMPOLLAS: Solución acuosa
Sin dolor

LABORATORIOS M^{co} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Depositarlos para España: GIMÉNEZ-SALINAS y O.^a, Sagúes, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)

La ciencia, por último, que ha demostrado en todos los tiempos su poder extraordinario para desentrañar los secretos de la Naturaleza en beneficio del hombre, ha llegado hoy día al descubrimiento, por decirlo así, de lo milagroso, descifrando verdaderos misterios que asombran por su maravilla hasta a los sabios más expertos; como son, por ejemplo, las manifestaciones del radio; las aplicaciones de los rayos X, que permiten escudriñar el interior de los cuerpos más opacos; los prodigios de la aerostación y de la navegación submarina, y en general, al progreso portentoso llevado a cabo en todos los ramos del saber, con aplicación al bienestar y perfeccionamiento de la vida humana.

Este honor y preferencia social que se debe a la ciencia sobre todas las cosas son más necesarios en España que en otros países más civilizados de Europa y de América, porque entre nosotros, por una tradición arcaica de carácter literario y filosófico ajena a las ciencias positivas, se ha cultivado durante siglos, como supremo saber, la literatura y las artes, con tanto fervor, que todavía hay quienes creen a pie juntillas que España no ha sido grande más que en el siglo de oro de nuestra literatura clásica. Esto es un grave error que conviene a todo trance rectificar, influyendo todo lo posible en que las nuevas generaciones dirijan su juventud hacia el estudio preferente de las ciencias fisicoquímicas y naturales, hacia la biología y hacia la sociología positiva, la cual, fundada en el conocimiento de la antropología integral, es la base de todas las ciencias sociales y políticas, es decir, de las más altas concepciones del espíritu que rigen el gobierno y el progreso de los pueblos.

La literatura y las artes, no obstante, tienen su papel muy atendible en el orden estético de la vida, para hacer gozar a los hombres de los placeres muy exquisitos que proporciona la contemplación de la belleza en el mundo; pero ellas poseen un valor práctico menos útil y muy inferior al de la ciencia, y en este sentido hay que apreciarlas y estimarlas, colocándolas en lugar debido.

Si buen número de nombres excelsos que figuran en la historia de nuestra literatura y de nuestras bellas artes pudieran ser computados por otros tantos nombres gloriosos de hombres de ciencia, a la altura por ejemplo, de nuestro Cajal, que hubieran hecho descubrimientos útiles a la Humanidad, entonces podíamos estar seguros que la actual civilización hispana estaría por encima del nivel que hoy ocupa. Esta superioridad de la ciencia sobre las letras y las artes es conveniente difundirla, y hasta divulgarla, entre nosotros, si queremos ver a España llegar al alto grado de cultura que merece por su historia y por el papel civilizador que ha desempeñado en el mundo.

Rindámonos, pues, ante el altar de la ciencia, y como si fuera obra directa de Dios mismo, ofrezcámosle eternamente el culto sagrado de nuestros espíritus.

HE DICHO.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

ANALES DE LA CLÍNICA DEL DR. C. JIMÉNEZ DÍAZ. Volumen I, 400 páginas. Precio, 8 pesetas. Edición Paracelso, 1928.

Con un retraso de cerca de un año, por dificultades de acoplamiento e impresión, ha aparecido el primer volumen

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

de los Anales de la Clínica del profesor C. Jiménez Díaz, en el que se recogen los trabajos más importantes publicados por la escuela del sabio profesor de San Carlos durante el año 1928.

Este volumen es una prueba evidente de lo que puede el entusiasmo puesto al servicio de la noble empresa de incorporarnos definitivamente al movimiento científico universal, pues constituye una muy seria aportación, llena de atisbos originales del momento actual.

Labor variadísima en la que se tocan cuestiones tan importantes como el *metabolismo hidrocarbonado* estudiado desde diferentes puntos de vista del mayor interés científico, la *intervención del estómago en la regulación del equilibrio ácido base*; además estudia una *faceta del mecanismo de acción de la insulina* y una serie de trabajos más que sería interminable el enumerar; todos ellos de verdadera importancia, y todo estudiado con un método y un rigor científico a los que, por desgracia, no estamos acostumbrados en nuestro país.

Bien se echa de ver que este volumen, como los que vengan—y Dios quiera que sean muchos para bien de la patria y de la ciencia—, es, y serán, la obra de un hombre, de un cerebro, que es el alma de su escuela como crisol donde se funden todos los anhelos y todos los entusiasmos que en nuestro medio son necesarios para vencer la abulia dominante.

Me parece, además, este libro una afirmación positiva de la valía española de nuestra capacitación para los trabajos de investigación científica, pues si así se produce cuando los medios económicos de que disponen nuestras cátedras y la organización de nuestros centros docentes, ¿qué no cabría esperar de ellos el día en que su organización y medios estén a la altura que merecen?

Claro es que éstos no lo constituyen todo; en cada columna hace falta una *maestra*; pero da pena ver cuánto esfuerzo ha de rendir y cuánta dificultad vencer el hombre que, como el profesor Jiménez Díaz, se empeña en hacer labor científica en nuestro país.

Es ya hora de que dejemos de hacer las cosas a la española, es decir, supliendo las deficiencias de recursos económicos, de locales, de material, de *todo*, con una voluntad decidida, que en su empeño de triunfar de todas estas dificultades se agota, en cierto modo, para otras empresas de mayor alcance.

¡Cuánto cuesta producir en España!

Esto, por desgracia, no lo saben más que los que trabajan en el silencio augusto de nuestros laboratorios y clínicas.

Por eso doblemente meritoria la obra de hombres como el profesor Jiménez Díaz, cuya labor empieza a dar días de gloria a nuestra patria.

DR. JULIO SOUSA

PERIODICOS MEDICOS

Medicina interna

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Psittakosis**, por Hans Kaliebe.—El autor describe dos recientes casos observados por él. Trátase de una mujer de sesenta y un años que el día 6 de Diciembre de 1929 adquiere un loro, al que toma gran cariño. El 22 de Diciembre muere el loro. Pasados dos días (25 Diciembre 1929), la enferma nota un fuerte escalofrío y malestar, quedando en cama; el 27 es reconocida y se la encuentra un foco neumó-

nico en lóbulo inferior derecho, fiebre alta, la cual, pasados algunos días, permanece estacionada alrededor de 39°5. No se observa remisión de síntomas. Pasados dos días comienza a notarse una insuficiencia de corazón y la enferma muere. Es de advertir que esta enferma padecía una diabetes desde hacía algunos años.

El segundo caso tratase del cuñado de ésta, que el día 5 de Enero siente un fuerte escalofrío y después fuerte dolor de cabeza, que le dura varios días, molestias generales, inapetencia, no hace de vientre, como no sea con enema, y ligera molestia que no llega a ser dolor en el costado derecho. Explorado, notamos una afección de tipo neumónico en este pulmón, fiebre alta que oscila de 39 a 40°, pulso de 80 a 90, poca tos, no expectora nada a pesar de su lesión pulmonar. Interrogado el enfermo, dice, pocos días antes de la muerte de su cuñada, visitó a ésta, estuvo jugando con el loro y fué picado en un dedo por él.

El autor recuerda la gran epidemia de psittakosis que hubo durante el transcurso de los años 1892 a 96 en París y de las pequeñas epidemias observadas en los años 1908 y 1909 en Colonia y Zulpich, respectivamente.

El agente de la psittakosis es probablemente un estreptococo. Nocard lo halla en algunos enfermos afectados de esta enfermedad, pero esto no puede ser comprobado de una forma cierta.

No sabemos de una forma cierta la vía de entrada de esta enfermedad tan infecciosa; unos se inclinan a que ésta se verifica por vía digestiva, pero no falta quien asegura que es la pulmonar la puerta de entrada de esta infección.

Esta enfermedad tan infecciosa probablemente no se verifica de hombre a hombre, sino solamente del loro al hombre.

La mortalidad, según el autor, es de 30 por 100, aun cuando han sido dadas cifras de 70 y 80 por 100 en otras epidemias.

El diagnóstico diferencial con la fiebre tifoidea parece ser fácil por el escalofrío inicial; síntoma que, según el autor, nunca falta. Con la neumonía, el diagnóstico es fácil, pues además del fuerte dolor de cabeza, síntoma que en la psittakosis no falta casi nunca, y en la neumonía se presenta rara vez, es típica la poca tos y expectoración, que algunas veces falta casi por completo, a pesar de las lesiones del pulmón, cosa que no sucede en la neumonía.

Se observa, además, un herpes típico en casi todos los casos.

El período de incubación es de seis a quince días, según el autor. (*Deutschem. Wochenschr.*, núm. 5, 1930.)—DOCTOR LAPOULIDE.

Biología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Sobre el causante del cáncer en los ratones, por el profesor M. M. Newiadosky (de Moscú).—En mis trabajos publicados en los años 1928 y 1929 en el *Wratschebnaja Gazeta* (*Gaceta de Medicina*) he expresado la posibilidad de la transmisión de la raza de Ehrlich por el sencillo filtrado, autolizado y sangre (5 de Noviembre de 1928).

Los últimos experimentos con la sangre han sido repetidos con éxito por Blumenthal.

Estos últimos experimentos han demostrado la posibilidad del ingerto del cáncer. En mis estudios he empleado la inyección intraperitoneal de mestratum ya dicho.

Los tumores desarrollados en la cavidad peritoneal fueron algunas veces acompañados de un exudado hemorrágico allí formado, el cual, inyectado subcutánea o intraperitoneal-

mente, determinaba el crecimiento del tumor (raza de Ehrlich), es evidente que contenía la materia X del cáncer.

El análisis citológico de este exudado demostró la existencia de un parásito especial, la gregarina; en los 50 casos examinados se encontró, en todos, la gregarina en diversos estadios de su desarrollo.

Después de haber examinado 125 tumores cancerosos (raza de Ehrlich), encontré en cada una de las 682 preparaciones hechas todo el ciclo de desarrollo de la gregarina, por lo cual, yo considero la gregarina como el causante de cáncer de ratón. El cáncer en el hombre puede ser producido, como en la rata (raza Flexneb Joblings) por la gregarina, aunque es algo diferente. El sarcoma es también producido por la gregarina.

Finalmente, en el último tiempo he logrado un cultivo puro de esporos de gregarina de un cáncer de ratón. (En el *W. K. N.*, núm. 52, 1929.)—P. M.

Dermatología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. El cultivo del bacilo de la lepra, por Shiga-Keipo. Después de grandes trabajos y dificultades, el autor ha conseguido por primera vez cultivar los bacilos de la lepra por un tratamiento previo del tejido leproso (tubérculos y glándulas), con una disolución de ácido sulfúrico al 5 por 1,000, y traslado a un medio de cultivo de patata. El desarrollo se manifiesta al cabo de los dos meses, pero las colonias son muy delgadas y no pueden ser percibidas a simple vista. Las colonias trasplantadas de éstas no siempre prenden. Por el traslado de estas colonias a un medio nutritivo de 1 por 100 de agar, y 4 por 100 de glicemia, pueden hacerse visibles. La coloración de Karol, fuschina y azul de metileno, permiten ver en los gérmenes desarrollados en las patatas corpúsculos pequeños, redondos u ovals metacromáticos característicos del bacilo de la lepra. (Publicado en el *Jap. Med. World.*, 1929, 9-7 pag. 213, y traduce el *Munchener Med. W.*, núm. 4, 1930.)

Cirugía

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Consideraciones sobre 50 colecistectomías, por el Dr. Rafael Nogueira.—Las colecistitis deben ser operadas en edad temprana y en los primeros estadios de la enfermedad.

Los estados agudos deben enfriarse bajo la expectación armada, disponiendo para ello de un buen número de exploraciones y exámenes que nos permitirán fijar la oportunidad operatoria; debiendo tener siempre presente que el pronóstico de la intervención en los estados agudos es sensiblemente menos favorable.

El proceder de elección es la colecistectomía.

La colecistostomía no debe olvidarse como un recurso a emplear en los casos sépticos, con graves lateralizaciones y en la edad avanzada. Salvará muchas vidas el cirujano que realice la indicación, sin temor a las bastardas críticas de los que sólo creen y practican los radicalismos quirúrgicos; porque si bien es cierto que la colecistectomía representa la conquista más graduada y positiva sobre el campo de la medicina, ninguna operación requiere como ella el concurso del clínico para su indicación.

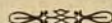
El diagnóstico seguro y la indicación del tratamiento médico en la vesícula estancada, nos alejará de practicar la operación por estos estados para descrédito de la cirugía biliar. (*Rev. Méd. Cub.*, Mayo 1929.)



**PROTECCIÓN IDEAL
CONTRA LOS RAYOS X**



**SUJECCIÓN COMODÍSIMA EN LOS
SOPORTES DE TODA CLASE**



Si usted quiere obtener
IMÁGENES ROENTGEN
de perfeccionamiento supremo
elija usted solamente Tubos

M U E L L E R
CON FOCO LINEAL
M E D I A

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Los médicos lo emplean en los Hospitales, en sus clínicas particulares y aun en sí mismos cuando ven que el organismo necesita reponerse. Esto demuestra la fe que tienen en el poder vital de dicho preparado, pues aumenta las fuerzas decaídas cuando los órganos digestivos se han debilitado. Es el mejor alimento.

DR. JULIAN CALLEJA, presidente de la Real Academia de Medicina de Madrid (España): «Tengo una gran satisfacción en informarles que considero el **Jugo Valentín's** como un poder de gran superioridad para vigorizar el sistema nervioso, por lo cual yo mismo lo empleo en mí y lo prescribo á mis enfermos.»

JOHN TANNER M. D. LL. D., médico decano en el dispensario general Farringdon, para enfermedades de mujeres y niños, Londres (Inglaterra): «En los casos de flujos y hemorragias de todas clases, fiebres, formas graves de neumonía y extenuación extremada, cuando el estómago se niega á retener otras preparaciones ordinarias, es cuando el **Jugo Valentín's** obra como una verdadera maravilla. No puedo hablar en términos más altos de este preparado, puesto que he podido apreciar sus inmensas ventajas en el tratamiento de los más serios y delicados casos que están bajo mi cuidado.»

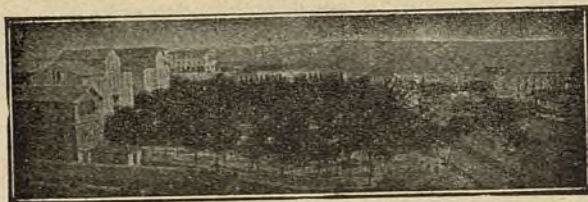
Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.
Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.
Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID



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.

SILISODE

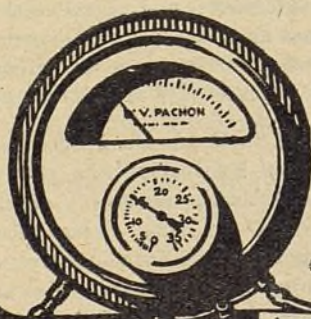
Tratamiento de las enfermedades de la cincuentena
HIPERTENSION-ARTERIOESCLEROSIS

Granulado a base de Silicato de Sosa litinado
Químicamente puro

**HIPOTENSIVO
ANTIESCLEROSO**

DOSADO :

Dosado por cucharadita : Silicato de Sosa 0,40, Benzoato de Litina 0,10



Laboratoire
P. MICHELS
9, Rue Castex
PARIS (IV^e)



AGENTE para España: I. BENEYTO, 5 y 7 Lealtad, MADRID

INSTITUTO FERRAN

Estévanez, 3. — Apartado 250.

BARCELONA

Sklerolsyrup medicación de fama mundial
para combatir los achaques de la vejez
producidos por la **Arterio esclerosis.**

Ayuntamiento de Madrid

bre de la bella actriz, cometió un día la imprudencia de dar a su vecina y casera un pase de favor para el teatro de Molière, y Armand, al verla ocupando una localidad preferente, le envió dos acomodadores para hacerla salir y se dio a sí misma el gusto de ir en persona a decirle que del mismo modo que la había echado de su casa podía ella ahora echarla de la suya. Este escándalo público dió lugar a rumores que irritaron más y más los ánimos entre las dos familias, y Molière, que se dejaba arrastrar con facilidad por las personas que le rodeaban, para vengarse del médico compuso su comedia *El amor médico*, que se representó en París el 22 de Septiembre de 1665. La comedia había sido hecha en cinco días, y no sólo consiguió el objeto de ridiculizar a D'Aquin (el Dr. Tomes, que recordaba la afición de

dejaba dominar por él, alzando la voz más de lo que debía y dando muestras de cólera hasta llegar a toda suerte de inconveniencias. Un esclavo suyo, Licio, siempre que lo veía en tal situación se colocaba detrás de él, y por medio de instrumentos a propósito

ANTIPHLOGISTINE

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

para regular la voz, ejecutaba acordes suaves, logrando tranquilizar su ánimo». También los antiguos conocían la influencia de la música durante la comida, y en ningún festín se dejaba de invitar a algunos artistas, así como de tener alrededor de su mesa a algunos locos y bufones que excitasen su hilaridad. Excelente medio para hacer una buena digestión cuando no se lleva al extremo.

Otros y otros ejemplos podría citar que prueban el buen uso que de este elemento hacían los antiguos en sus aplicaciones higiénicas, así como de los que he citado se deduce la diversidad de ellos. Seguiré para su estudio el orden aceptado para su clasificación fisiológica, haciendo siempre el uso que más convenga. A la música que dirige especialmente su acción sobre el encéfalo, podemos recurrir en Perceptología, asunto vasto e interesantísimo bajo todos conceptos.

Interminable sería el número de ejemplos en la época antigua, en que

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

se ve cómo la utilizaban con este objeto. Ya David apacigua los accesos de melancolía del rey Saúl bajo la influencia de un laúd; ya un esclavo, con un instrumento apropiado, atempera las peroraciones de Cayo. La Sagrada Escritura nos dice que en cierta ocasión en que el profeta Eliseo se hallaba poseído de santa cólera contra el rey, llamó a un tocador de arpa para sosegarle y restituirle en el don de la profecía. (Traedme — dijo — un tañedor de arpa, y la mano del Señor vino sobre él.) Por medio de la música, Timoteo inspiró el sentimiento del amor a Alejandro, así como la filósofa Hypatia, con el mismo medio, curó la dicha pasión a uno de sus discípulos.

Bastan estos ejemplos para comprender el partido que de la música se puede sacar en la medicina de las pasiones, puesto que sirve ya para despertarlas, ya para amortiguarlas. Los antiguos la empleaban al azar; nosotros, más experimentados, debemos ser más rígidos en su uso, y como aquí habría que hacer repeticiones enojosas de lo que he dicho al estudiar sus diversos géneros en la sección fisiológica, me abstendré

Poderoso reconstituyente:

BIOPLASTINA SERONO

de ello, pasando solamente a tratar de una funesta y, casi se puede decir, antigua pasión — me refiero a la nostalgia.

Esta es, como se sabe, la imperiosa necesidad de volver a ver los lugares donde hemos pasado nuestra infancia, en donde tenemos los seres queridos, etcétera. He dicho funesta y antigua pasión, pues que en tiempos anteriores causaba estragos en los soldados que hacían sus servicios en el extranjero. Sabida es la influencia que ejercía el célebre canto conocido con el nombre de *Ranz des Vaches*, en los suizos que entraban a engrosar las filas del Ejército francés, los que, a pesar de la rigurosa disciplina, desertaban casi todos ellos, o bien caían en una profunda melancolía, de la que morían muchos, llegando el caso de tener que suprimir el entonar dicho canto bajo pena de la vida. Más hoy, habiendo más literalidad, hasta en el mismo Ejército, se

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCI - PISA

puede decir que ya casi está desterrada esta pasión, siendo, sin duda, en el Ejército español, los gallegos quienes la sostienen; el individuo que se vuelve nostálgico se manifiesta brusco en sociedad, prefiere el aislamiento, está inquieto, taciturno, aqueja cefalalgia, a veces palpitaciones de corazón; con todo esto pierde el apetito, enflaquece, y tras fiebre, insomnio, a veces con delirio, respiración corta, frecuente e interrumpida por suspiros, cae en el marasmo.

Buen tratamiento es la música para aquellos nostálgicos que no se les puede combatir la pasión con ningún otro medio, siendo los géneros pueril y campestre los más apropiados, porque obran distrayendo al paciente, sin molestar en lo más mínimo su ánimo; por otra parte, son, como veremos, los géneros de música, higiénicos por excelencia.

Como he tenido lugar de indicar, la música puede servir hasta como agente aperitivo y regularizador de la función digestiva. Bastante lo sabían los antiguos, que en todos sus festines se procuraban un tañedor de arpa o laúd para entretener a los comensales.

Y aquí voy a indicar lo que he observado Rambosson y otros, o sea la analogía que existe entre los sonidos y los alimentos. Oigamos a Bauquier en su «Filosofía sobre la música»: Los sonidos violentos embriagan como los vinos espirituosos, y si admitimos que la

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

música es un potente medio para animar al combatiente, igual valor deberemos dar a los líquidos alcohólicos, pues que producen el mismo efecto, siendo ya sabido que muchos soldados no pueden batirse sin haberse excitado antes con este medio. Por otra parte — dice —, el mismo resultado que el vino y el café pueden producir en un pintor poeta, es capaz de determinar la música, haciéndole concebir en su imaginación algún pensamiento sublime por la excitación del sistema nervioso. A este poder le llama «Acción alcohólica del arte».

ELIXIR BERTRAN

el mejor para combatir toda clase de enfermedades nerviosas. Junqueras, 11, Barcelona

éste a la sangría), sino que descubrió a Molière un filón que trató de explotar durante el resto de su vida, pues el público recibía con gran regocijo y complacencia las zumbas contra los médicos. Con el mismo regocijo y complacencia que acaso las recibiese en nuestros días, a juzgar por el éxito resonante que ha obtenido la comedia *El doctor Knoch*, de Jules Romains. El odio, pues, de Molière a los médicos no tiene por origen el fracaso de la Medicina en algún padecimiento suyo o de los suyos, sino las pequeñas pasioncillas humanas, la rivalidad femenina y el lucro.

T. R. Y.

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

TERCERA PARTE

ESTUDIO HIGIÉNICO REFERENTE
A HIGIENE PRIVADA

I

La música es, sin duda, un agente higiénico de primer orden, y la higiene ha sabido sacar partido de ella en muchas de sus aplicaciones.

Ya los discípulos de Pitágoras — nos

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

• **ELIXIR CALLOL**

dice Quintiliano —, aprovechando el ejemplo del maestro, tenían la costumbre de tocar la lira al levantarse, con el fin de sentirse más aptos para el trabajo, así como hacían lo mismo al acostarse para reprimir el influjo de los sentidos y olvidar los recuerdos del día. Oigamos a Plutarco: «Cayo era de un temperamento frenético y arrebatado; muchas veces en su peroración se

(1) Véase el número anterior.

Perfectamente, como se ve, describe Bauquier la analogía que existe entre cierta clase de alimentos y la música. En efecto; así como la mayoría de músicos piden al café sus inspiraciones, ¿qué tiene de particular que un poeta

CARABANA: el mejor purgante.

deba, a los sonos embriagadores de ella, los lamentos de sus composiciones, y un pintor la poesía de sus cuadros? Lo que yo recomendaría a los artistas es que se inspirasen en el género musical que más se adaptase a sus inclinaciones.

(Continuará.)

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Madrid ha fallecido el ilustre Dr. D. Félix Egaña, fisiólogo reputado y prestigioso que como director del Sanatorio de Fuenfria venía actuando hace unos cuantos años, después de una larga preparación en los Sanatorios de Suiza.

—En Gijón ha fallecido el médico D. Cayetano Población Méndez, que se hallaba en posesión de la placa de honor de la Cruz Roja, y por su edad debía figurar en cabeza del escalafón.

—En Madrid falleció D. Vicente Torrecilla, que por muchos años fué médico de San Clemente.

—En Cariñena, el médico D. Isidro Navarro, que llevaba muchos años de ejercicio en el pueblo.

—En Alicante, el Dr. D. Adolfo Sa

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

pena, ayudante que fué de los doctores Rivera y San Martín.

—En Pegalajar ha muerto D. Francisco Siles Torres, médico. A su distinguida familia, y especialmente a su hijo D. Luis, también médico, le enviamos nuestro más sentido pésame.

VACANTES

La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Fuencaiente (Ciudad Real), 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 22 de Febrero.

Datos.—Villa de 2.685 habitantes con Ayuntamiento, a 72 kilómetros de la cabeza de partido (Almadén) y a 75 de la capital. Carretera. Río Yeguas. Ferrocarril.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Cretas (Teruel), 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 5.000 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 23 de Febrero.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Urrea de Jalón (Zaragoza), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 1 de Marzo.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Castrillo del Val (Burgos), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 28 de Febrero.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 390 habitantes, a 11 kilómetros de la capital, que es su cabeza de partido, y estación más próxima. Carretera. Río Arlanzón.

—En Vigo la plaza de médico tocólogo de la Beneficencia Municipal, con el haber anual de 3.000 pesetas. Los ejercicios comenzarán el 25 de Abril, y consistirán en desarrollar en el plazo de cuatro horas uno de los dos temas del programa sacado a suerte y un caso práctico, que resolverá a presencia del Tribunal. Solicitudes hasta el 23 de Febrero.

—Por interinidad, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Villafranca de la Sierra y su anejo Casas del Puerto de Villatoro (Ávila), con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes, por lo que recibirá unas 3.300 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 25 de Febrero.

Datos.—Villa de 775 habitantes, con Ayuntamiento, a 10 kilómetros de la cabeza de partido (Piedrahita) y a 47 de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera. Río Corneja.

—Por interinidad, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Níjar (Almería), con el haber anual de

2.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 2 de Marzo si dan de plazo treinta días, pues el *Boletín Oficial* no indica la fecha en que terminan las solicitudes.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 2.820 habitantes, a 22 kilómetros de la cabeza de partido (Sorbas) y a 33 de la capital, cuya estación es la más próxima.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Humada y sus anejos Amaya y Villamartín de Villadiego (Burgos), con el haber anual de 1.250 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes de Fuenteodra, Fuencaiente, San Martín, Villamartín y Rebolledo Traspesa y este pueblo, por lo que recibirá unas 7.000 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 28 de Febrero.

Datos.—Lugar de 200 habitantes con Ayuntamiento, a 20 kilómetros de la cabeza de partido (Villadiego) y a 57 de la capital. La estación más próxima, Alar-San Quirce, a 20 kilómetros. Río Obra.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Beceite (Teruel), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 22 de Febrero.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 1.817 habitantes, a 7 kilómetros de la cabeza de partido (Valderrobles). La estación más próxima, Alcañiz, a 40 kilómetros y a 150 de la capital. Ríos Matarraña y Uldemó.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de San Feliú de Saserra (Barcelona), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 28 de Febrero.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 410 habitantes a 32 kilómetros de la cabeza de partido (Manresa) y a 60 de la capital. La estación más próxima, Puigregí, a 20 kilómetros.

Practicantes y matronas.

Villablino (León). 562,50 pesetas. Solicitudes hasta el 4 de Marzo.

—Medinaceli (Soria). Practicante y matrona. 600 pesetas. 2 de Marzo.

—Carrizo (León). Practicante y matrona. 600 pesetas. 2 de Marzo.

—Gueñas (Vizcaya). Practicante y matrona. 750 pesetas. 2 de Marzo.

—Leiro (Orense). Practicante y matrona. 660 pesetas. 28 de Febrero.

—Brañosera (Palencia). Practicante y matrona. 600 pesetas. 26 de Febrero.

—Cetina (Zaragoza). Matrona. 600 pesetas. 29 de Febrero.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS
ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

TÓNICO - DIGESTIVO

Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

MEDICACIÓN INYECTABLE INDOLORA. DE EFECTOS RAPIDOS Y SEGUROS

SUERO AMARGÓS

TONICO - RECONSTITUYENTE

Cada ampolla contiene...	{	Glicerofosfato de sosa...	10 centigramos.	Cacodilato de estrienina....	1 miligramo.
		Cacodilato de sosa.....	5		Suero fisiológico.....

Excitante vital, regenerador del organismo y antineurasténico.

ASPASMOL WASSERMANN

(Analgésico antiespasmódico.)

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

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

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

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

A. WASSERMANN S. A.

BARCELONA - FOMENTO, 63 (S. M.)



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 per el Dr. Gonzalo R. Lafora.

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

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

USO: Casos agudos: Una cucharada grande, diluido en agua, cada dos horas.

Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

**LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS**

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

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

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

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO
CONTRA LAS DIVERSAS

*AFECCIONES del CORAZÓN, HIDROPESIAS
TOSES NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.*

ALMORRANAS



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

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

Biblioteca de gran interés práctico.
Cada volumen encuadernado de 128 páginas

por **1,50** PTAS.

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES

poco a poco algunos síntomas de incoordinación, la alteración del equilibrio o el síntoma de Romberg, pero todo ello sin dolores, sin alteraciones pupilares y sin trastornos evidentes de los esfínteres.

Entonces se trata de la paraplejía atáxica de Gowers. Si las lesiones de los cordones posteriores continúan avanzando, es claro que los fenómenos espásticos irán disminuyendo en comparación con los flácidos y acaban desapareciendo por completo para no quedar más que los síntomas de la tabes. Los reflejos rotulianos son los que acusan con mayor claridad este cambio desde el estado de exaltación al de debilitación, y por último, al de abolición.

Paraplejías flácidas. — La enfermedad más importante productora de alteraciones de los movimientos de los miembros inferiores es la tabes, pero estos trastornos consisten en incoordinación y no en verdadera parálisis. Ocurre, no obstante, de cuando en cuando, que los tabéticos tengan verdaderas paraplejías, y una forma de éstas es la que hemos descrito ya al hablar de las esclerosis combinadas. En tal caso la paraplejía es espástica y demuestra que a la tabes se ha asociado la esclerosis de los cordones posteriores. Si al mismo tiempo que paraplejía espástica hay fenómeno de Babinski, se puede afirmar categóricamente la existencia de las esclerosis de los cordones laterales asociada a la tabes. La paraplejía de los tabéticos puede presentar, además de este aspecto, otro, que es el de la verdadera paraplejía consecutiva a la tabes.

Hay casos en los que la paraplejía se produce de una manera brusca. Estos casos son excepcionales. Tiene lugar el suceso con motivo de un esfuerzo o durante el sueño. En el primer caso cae el enfermo al suelo y ya no puede levantarse, o lo consigue con muchísimo esfuerzo, y a las pocas horas se encuentra ya parapléjico. En el segundo caso se despierta completamente inútil de los miembros inferiores. Esta forma de paraplejía ataca especialmente a los tabéticos que se encuentran en un período poco avanzado de su enfermedad, sobre todo si están en período el preatáxico.

Es muy corriente que obedezca a las reglas generales

haz piramidal, sin que haya destrucción del mismo. Estas paraplejías pueden curar por una punción lumbar. También la esclerosis en placas ocasiona a veces una paraplejía verdadera, que en tales casos es espástica con exageración de los reflejos y hasta con contractura acentuadísima en extensión de los miembros inferiores. Pero en esta enfermedad se producen también alteraciones motoras de los miembros inferiores con un aspecto completamente diferente, pues en la esclerosis en placas las alteraciones de la marcha pueden presentar las alteraciones más variadas.

Las formas más importantes de dichas alteraciones son las siguientes: una forma espasmódica pura en la que los miembros inferiores, contraídos en extensión, están fuertemente apretados el uno contra el otro y la progresión hacia adelante es sumamente difícil para el enfermo. Una segunda forma cerebelosa pura en la que dominan la incertidumbre en la marcha, la falta de equilibrio, el titubeo y la abolición o la debilitación de los reflejos rotulianos. Un tercer tipo mixto, en el que se combinan la marcha cerebelosa con la marcha espasmódica. Los pies golpean fuertemente el suelo con el talón, los pasos son irregulares en cuanto a su extensión y en cuanto a su dirección. Los reflejos rotulianos están casi siempre exaltados.

Aunque los trastornos de la marcha no sean típicos, los síntomas corrientes de la esclerosis en placas, como son el temblor intencional, el nistagmus y la palabra entrecortada y espasmódica, permiten diagnosticar casi siempre con certeza la naturaleza de la enfermedad. Cuando exista paraplejía en la esclerosis en placas, puede mejorar transitoriamente, como sucede en todos los síntomas de esta enfermedad. Dicha mejoría suele ser bastante acentuada y llega incluso a la equivalencia de la curación.

En la esclerosis lateral amiotrófica también es muy corriente, si no constante, que en un principio haya paraplejía espástica, por lo menos cuando la enfermedad se ha acusado ya bien. El enfermo se encuentra confinado en cama, con los miembros inferiores en extensión y siempre más o menos rígidos, con los bordes internos de los pies dirigidos

hacia adentro. Cuando la enfermedad no se halla todavía tan avanzada, lo único que se observa es una paraplejía espasmódica típica.

Puede suceder incluso que la paraplejía sea el primero de todos los síntomas de la enfermedad, y que los demás no se manifiesten sino más tarde, entre ellos la atrofia muscular de los miembros inferiores. Sabido es que entre estos otros síntomas ocupan un lugar primordial la atrofia muscular muy pronunciada de los miembros superiores, con la mano en garra, que es la consecuencia de la atrofia de los interóseos y trastornos bulbares que se traducen en atrofia de los labios y de la lengua y dificultades a la deglución. La sensibilidad y los esfínteres se encuentran casi siempre normales. Además de la amiotrofia existe parálisis verdadera como consecuencia de la atrofia de los cordones laterales de la medula, y por el mismo motivo en todo el cuerpo se encuentran exagerados los reflejos tendinosos y existen contracciones fibrilares de los músculos.

En la siríngomielia, la paraplejía de los miembros inferiores es extraordinariamente rara; en cambio, la de los superiores es casi constante. Puede decirse que es característico de la enfermedad ver a los enfermos andar con toda facilidad y sin cansancio, en tanto que permanecen con las manos en extensión en las muñecas y los dedos flexionados sobre los metacarpianos.

La paraplejía de los miembros inferiores existe algunas veces en esta enfermedad, si bien, como hemos dicho, es extraordinariamente rara. Cuando se presenta es espasmódica y hasta puede ir acompañada de cierto grado de contractura. En estos casos, los miembros superiores también presentan contractura. Es una forma espasmódica de la siríngomielia. Preséntanse los enfermos con una gran cifosis y con la cabeza hundida entre los hombros, rígidos e inextensivos, como los Parkinsonianos, con los tres últimos dedos de las manos en flexión y los dos primeros dispuestos como en una pinza de cangrejo.

Lo más típico para hacer el diagnóstico consiste en los trastornos de la sensibilidad, que dan lugar a la disociación

siríngomielica, o sea la disminución, que puede llegar hasta la abolición completa de la sensibilidad térmica y de la dolorosa mientras se conserva intacta la sensibilidad táctil. También son frecuentes los trastornos tróficos, como escoliosis y cifoescoliosis, el tórax en quilla, las artropatías, mal perforante plantar, deformaciones diferentes y lesiones de la mano, panadizo analgésico o enfermedad de Morvan, de la que tratamos en el capítulo correspondiente, la obesidad de las manos o quíromegalia, etc. En cuanto a trastornos urinarios, se observa la retención incompleta, las cistitis y las úlceras vesicales, y en cuanto a trastornos psíquicos, la manía, la melancolía o el delirio de tipo paranoide.

Es costumbre llamar esclerosis combinadas a aquellas en las que existen al mismo tiempo síntomas de esclerosis de los cordones posteriores y de los cordones laterales. La enfermedad de Friedreich, la heredoataxia cerebelosa y las paraplejías espasmódicas familiares son esclerosis combinadas familiares con sintomatología especial. Ya las hemos descrito al tratar de las paraplejías propias de la infancia. Si en un adulto se presenta en el curso de una tabes una paraplejía espástica, bastará este síntoma para hacer diagnosticar una esclerosis combinada. En seguida describiremos las paraplejías que en los tabéticos se producen, debidas exclusivamente a la enfermedad fundamental y que son siempre fáscidas. Cuando en una esclerosis combinada dominan los fenómenos de esclerosis de los cordones laterales sobre los de esclerosis de los posteriores, se presenta, desde luego, la paraplejía espástica.

Se trata entonces de la forma espástica de la esclerosis combinada, que es de la que nos vamos a ocupar. Unas veces se manifiesta por los síntomas corrientes de la tabes, asociados a una paraplejía espástica corriente, o sea incoordinación, síntomas de Romberg y de Argill Robertson, trastornos vesicales y genitales, parestesias y anestésias, y, por otro lado, exaltación de los reflejos, clonus del pie, contractura de los dedos de éste en extensión. Otras veces lo que se observa es una paraplejía espasmódica que se inicia y se desarrolla con mucha lentitud y a la que se vienen a asociar



FOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

ANALISIS

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

Correspondencia administrativa . .

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

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

- D. Gumersindo Ares.—Pagado fin Junio 1930.
D. José Luaces Guitián.—Id. fin Diciembre 1930.
D. Macario Arroz.—Id.
D. Ricardo Encinas.—Id.
D. Antonio Cenjor.—Id.
D. Vicente Echevarría.—Id.
D. Juan Flores Sánchez.—Id.
D. Rafael Serrano.—Id.
D. José Llangort.—Id.
D. Luis Martín Tovar.—Id.
F. A. Brockhaus.—Id. fin Junio 1930.
D. José Rodríguez Quintana.—Id. fin Diciembre 1930.

(Continuará.)

INVENTO TRASCENDENTAL PARA LOS SORDOS

Gafas auditivas. Eficacia absoluta, sin ruidos secundarios, sin electricidad. Los sordos oyen clarísimamente. Los de oído normal oyen a mayor distancia (cinco veces más lejos). COMODO, ELEGANTE PIDA FOLLETO, enviando franqueo 50 céntimos sellos.
G. STREITBERGER, Villa Rosario.
CALDAS DE MALAVELLA (GERONA), 87.

CARIES
OSEA Y
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA
QUITISMO.

BIONERGOL
BLEFEL
ELIXIR E INTECTABLE.

CALCIL
LEFEL
CON MIERA

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTI-TUBERCULOSO.

MUESTRA LABORATORIO LEFEL - MADRID

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) Depositarios D. RAMÓN SALA - París, 174

Pildoras
Queratinizadas
de
Belladonna, Valeriana
y Papaverina

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(Stomallix)

Medicamento agradable, inofensivo siempre en todas las edades y de resultados positivos para curar las enfermedades del
ESTÓMAGO e INTESTINOS

35 años de éxito

Venta: Principales farmacias del mundo

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.

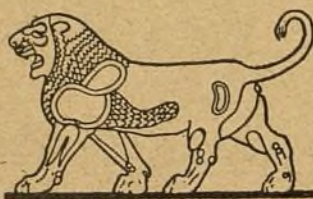
Hotel de dietética. — Dos hoteles para psiconeurosis.

Pabellón especial de radioterapia profunda. — Sección especial de toxicómanos

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

SANTANDER

Ayuntamiento de Madrid



Marca y nombre registrados.

INSULINA DANESA

“LEO”

Forma líquida:

Tubos de 5 c. c. 100 unidades intern.
Tubos de 5 c. c. 200 unidades intern.

Forma sólida:

Tubos de 20 tabletas de 5 unidades intern. cada una
total 100 unidades intern.

MUESTRAS Y LITERATURA EXTENSA A DISPOSICION
DE TODOS LOS SEÑORES MEDICOS QUE LAS SOLICITEN

Concesionario para España:

VALENTIN AAGE MOLLER

CASA “LEO”

VIA LAYETANA, 20. — 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.—La catástrofe ferroviaria.—La media docena.—Movimiento médico de Barcelona, por F. Wüst Berdaguer.—Dispensario «Martínez Anido».—Academias, Sociedades y Conferencias.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Página heroica.

Comienza el día 9 de Febrero de 1930. El temporal de nieve y de viento sacude las lobrequeces de la noche. El campo está quedo, yerto, apelonado bajo la blanca sábana que le disfraza de muerto. Los silbos de Aquilón ponen espanto en la soledad. Entre el cielo y la tierra todo es desolación. La grandeza trágica de la naturaleza anula el triste papel de la existencia del hombre.

No obstante, la vida humana se enfrenta altiva con los desencadenados elementos. En medio de los campos parpadea una lucecilla, cuyo débil calor no basta a fundir los salivazos de nieve que la quieren borrar. Se ve una casa minúscula y aislada, un pozo, un árbol, un hombre... ¡Todo este poder humano vigila y atiende por la segura marcha de quienes batallan en noche tan horrenda con sus necesidades o sus gustos, confiados en un poco de carbón, un poco de agua, un poco de hierro, y el arte y la voluntad de sus hermanos!

El tren no pasa. La línea obscura del convoy queda sobre la nieve con el aspecto sérpico y flácido de un látigo que cayera de manos de un gigante.

Todo sosiega un punto; luego surgen unas luciérnagas rojas que caminan veloces hacia el boquete negro del horizonte por donde alguien avisó que llegaba la muerte. Las pobres luciérnagas bailan entre los copos blancos, suben y bajan sacudidas por el temblor que sale del corazón de unos hombres locos de impotencia y de espanto. Del cielo negro y sobre el suelo blanco rueda el fragor de un trueno sordo que se acerca, se acerca como el fin de la vida viene a nosotros que inocentes avanzamos la débil mano en su detención imposible.

Un bufido feroz alza del suelo, dormido y frío como el destino, todo el artificio de la ingeniería humana hecho miseria y destrucción por la fuerza incontrastable del *tiene que ser* materializada en un milímetro de espacio y una milésima de tiempo.

La caja del vagón de camas vuela en pedazos como el plumaje de un cuervo que dió de lleno en la perdigonada certera.

Los silbos del cierzo se llevan a lo largo de la noche el mugir deshecho de los vapores de la industria del hombre; la nieve sigue cayendo sobre un montón de cuerpos que sangra y aulla de dolor y de miedo.

La catástrofe calla un punto como para medir su extensión y, más luego, entre la algarabía y el barullo surge un grito de asombro: a lomos de la bestia infernal que pariera tanto duelo cabalga un hombre; un hombre absurdo cubierto de sangre, de canas y de nieve, jadeante de un esfuerzo semiinconsciente, y que tiende sus brazos hacia el dolor que contempla bajo su cabalgadura inverosímil.

Vedle no menos sereno que Alonso Quijano al descender de Clavileño. Con la frente rota y el corazón deshecho por el estudio y por las penas, ni un solo instante piensa en sí. Corre, se multiplica y se divide entre los apremios del socorro preciso a tantos: allá va su mano expertísima en lañar lo cascado, en enderezar lo tuerto, en mitigar el algia y restañar la sangre... y allá va su verbo fácil y seguro en levantar los ánimos, en sacar lo eficaz de lo caótico, en alfiar un consuelo con un dicho ingenioso...

Sobre la carne doliente de los socorridos escurre la sangre, la nieve y las canas de este hombre ejemplar, merecedor del homenaje sincero de los espíritus que saben medir el déspota poder del egoísmo y la grandeza deica de la verdadera caridad.

¡Médico, médico! ¡Hermano, hermano!... Recoge de nosotros el testimonio de admiración y respeto que tu acto heroico nos arranca gozosos.

Médico, salud a ti que encierras en tu alma, tan trágicamente castigada por la vida cruel, ese manantial de estoicismo claro y fertilizante en cuya margen has florecido como un almendro en esta noche triste de Febrerillo el loco, cubierta de sangre, de nieve y de canas esa cabeza triste y santa que se sostiene en tu añoso tronco.

Fermín Garrido y Quintana, el sabio profesor granadino, el maestro del arte quirúrgico, médico y verdadero filósofo, es semejante a Dios.

DECIO CARLAN

LA CATASTROFE FERROVIARIA

LAS CAUSAS DE LA DESGRACIA

No se han podido obtener noticias oficiales de las causas que motivaron el choque del expreso de Sevilla y del correo-expreso de Alicante, ocurrido el sábado poco después de medianoche en el kilómetro 95, apeadero de La Mesa, entre las estaciones de Tembleque y Casar de la Guardia, pero por datos particulares se sabe que al llegar el expreso de Sevilla al apeadero citado tuvo que detenerse la máquina. La nieve había caído sobre el disco de señales y le cubría por completo, lo que originó que el maquinista del correo expreso de Alicante, que también caminaba en malas condiciones debido a la gran cantidad de nieve, no advirtiera que la vía estaba ocupada y continuara su marcha.

EL MOMENTO DE LA CATÁSTROFE

Noticias adquiridas posteriormente nos permiten relatar cómo ocurrió la catástrofe.

El expreso de Sevilla tuvo que detenerse en el apeadero de La Mesa, donde no tiene parada regular, por haberse obstruido la caja de una de las agujas a consecuencia de la nevada. Como no se pudo hacer funcionar dicha aguja tuvo que ser detenido el convoy. Cuando se estaban realizando las operaciones necesarias para dar salida al expreso, funcionó el teléfono. El factor que substituía al jefe de la estación de Casar de la Guardia, que es la inmediata anterior, por donde había de llegar el expreso de Alicante, que sale de Madrid con un cuarto de hora solamente de diferencia con el expreso de Sevilla, avisaba que en aquel momento daba la salida el segundo tren.

La máquina del tren de Alicante alcanzó al último coche del expreso de Andalucía, que era un *sleeping*, del cual habían descendido los dos viajeros a que nos referimos anteriormente y que presenciaron lo ocurrido como ante «la pantalla de un cinematógrafo», según sus propias frases.

La locomotora destrozó el coche-cama y lo arrancó de su plataforma, convirtiéndolo en astillas. Quedó el coche debajo del que ocupaba el segundo lugar de la cola, que, al sentir el choque, se elevó y montó sobre aquél. Los escasos viajeros que ocupaban el coche destruido que, repetimos, era el último del expreso de Sevilla—salieron despedidos en varias direcciones, pero uno de ellos, don Santiago Marcelo Guerra, quedó aprisionado por el pecho contra la techumbre del vagón y así resistió, con esfuerzos desesperados, algunos minutos, sin que fuera posible libertarle de su prisión. La muerte del desgraciado debió ser, pues, horrible. Su esposa, con ambas piernas fracturadas, sufrió la amputación quirúrgica de una de ellas en el mismo apeadero de La Mesa, y de la segunda en Alcázar de San Juan, adonde fué trasladada con los demás heridos.

HEROÍSMO DEL DR. GARRIDO. LOS VIAJEROS LE OVACIONAN

El rector de la Universidad de Granada, Dr. Garrido, persona muy reputada y conocida en dicha población, que cuenta unos sesenta años de edad, viajaba en el coche de Cádiz. Al choque recibió un fuerte golpe en una ceja y perdió el conocimiento. Al recobrarle se encontró sobre una masa de hierro, de la que salía un chorro de vapor. Había quedado montado sobre la locomotora del segundo expreso. La sangre le cubría el rostro, y, aturdido por el golpe, no sabía qué hacer cuando oyó que le

gritaban para que no abandonase su sitio, pues era peligroso tratar de descender. Lo hizo utilizando una escalera, y apenas se vió en tierra, cubierta de sangre su barba blanca y parte del rostro, sin tratar de averiguar la gravedad de su lesión, acudió al auxilio de los demás heridos. Fué tanta su solicitud y tan noble y decidido su proceder, que los viajeros de ambos trenes y el personal de la estación prorrumpieron en una ovación cerrada. El Dr. Garrido curó a todos y pudo ver con alegría que la mayoría de los heridos eran leves, excepto la pobre señora, a la que tuvo necesidad de hacer, en el momento, la amputación de una pierna.

(Trozos del diario A B C.)

LA MEDIA DOCENA

Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas.

La demencia precoz y sus manifestaciones clínicas.

Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes.

Los problemas clínicos de la úlcera del estómago.

La blenorragia aguda y su tratamiento.

El médico rural ante las distocias más frecuentes.

¡¡Seis libros!! ¡¡Seis amigos!!

VALDÉS LAMBEA.

VALLEJO NÁGERA.

JAVIER TOMÉ.

FIDEL FERNÁNDEZ.

PULIDO MARTÍN.

VITAL AZA.

¡¡Seis médicos prácticos!!

¡¡Seis publicistas de rango!!

Seis libros.

Seis amigos.

El libro pesado mata al caballo, al jinete y al lector... Ricardo Ford, este ingenio sutil, tan versado de españolismo como el genial Cervantes, esculpe esta apoteosis en sus consejos de viaje.

Deja en la biblioteca los infolios, yo quepo entero en una mano. Libros de este tamaño como compañeros de un largo viaje... Decía nuestro Marcial.

La Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO—MONOGRAFÍAS—es la selecta labor realizada de consuno por médicos selectos, concienzudos bibliógrafos y hombres de estudio experimentados.

El éxito franco de estos SEIS VOLÚMENES aparecidos en CINCO MESES es la confirmación del acierto en la empresa.

Un paseo en las horas de calma en el trabajo; una sentada junto al fuego en el día desapacible; una duda en el diagnóstico difícil, en la modernidad de un concepto clínico, en el plan de un tratamiento; un deseo o una precisión de refrescar un tema; una cuestión que se discute... Estos problemas de solaz, de estudio, de precisión y de cultura, son resueltos de mano maestra por las selectas MONOGRAFÍAS de EL SIGLO MÉDICO.

No es un artículo de enciclopedia, es una consulta con un maestro que vierte el consejo práctico y el concepto seleccionados por la experiencia de sus altos estudios y de su actividad profesional.

Son seis libros y son seis amigos que depositan en el cuenco de la mano la compañía que deleita, la opinión orientadora y la ayuda que fortalece.

Son seis libros que acompañan el viaje profesional

Ostelin

vitamina D — fisiológicamente graduada

EN GOTAS

Solución oleaginosa
en frascos de 45
dosis de 3 gotas

INYECTABLE

Subcutánea e intra-
muscular-no enquistada
completa absorción

PASTILLAS

con glicerofosfato
de calcio. 45
pastillas en frasco

La potencia de Ostelin es 20 veces la potencia D del Ac. de Hig. de Bac.

La potencia D de Ostelin, siempre uniforme, se estableció bio-químicamente en consonancia con extensísimas experimentaciones fisiológicas—y no por peso de ergosterina irradiada. Efecto de la prudencial potencia adoptada y de su constante uniformidad ni las continuas investigaciones bio-químicas ni las constantes experimentaciones clínicas de los últimos 3 años han requerido modificación de fórmula. En consecuencia los fabricantes de Ostelin ofrecen a la clase médica este producto inglés libre de todo temor a supervitaminosis al uso.

Para muestras dirigirse al agente: Don Juan Martín, Alcalá 9, Madrid

LABORATOIRE NATIVELLE, 49, Boul^d de Port-Royal — PARIS

NATIBAÏNE

ASOCIACIÓN { **DIGITALINA NATIVELLE**
OUABAÏNE ARNAUD

del **LABORATORIO NATIVELLE**

Literatura y Muestras : **M. BENEYTO** - La Lealtad 5 y 7 - MADRID

LA NUEVA PROFILAXIA DEL CÁNCER

CON LAS SALES HALÓGENAS DE MAGNESIO

FORMÚLESE

SENECTAL PELLETIER

Cajas de 40 comprimidos.

Medicación de la Cuarentena.

Los trabajos de Grinar en el Laboratorio confirman a los compuestos de magnesio un gran poder sintético.

Administradas al organismo intensifican el metabolismo por su poder de síntesis, estimulando las funciones biológicas. Esto justifica la amplitud de sus efectos. (Acción citofláctica).

USO.— Dos comprimidos al día disueltos en medio vaso de agua. Se tomarán inmediatamente antes del desayuno. Debe procurarse que el agua no esté muy fría. En los casos que necesiten una enérgica intervención, pueden tomarse hasta cuatro comprimidos al día, disueltos en un vaso de agua, en ayunas.

Cloruro de magnesio.....	0,55	gramos.
Bromuro de magnesio.....	0,02	—
Yoduro de magnesio.....	0,0001	—
Fluoruro de magnesio.....	0,0005	—
Para un comprimido.		

PIDAN MUESTRAS
y el folleto interesantísimo sobre esta nueva medicación a

LABORATORIO PELLETIER

Apartado de Correos 200.

MADRID

Teléfonos 40.331 y 54.760.

ACCIÓN FISIOLÓGICA.— La administración regular de los comprimidos de SENECTAL PELLETIER producen los siguientes efectos:

Reacción favorable en las Astenias, cuyos graves síntomas desaparecen.

Curación de la impotencia.

Normalización de las digestiones.

Aumento de la secreción biliar.

Evacuación de la vesícula.

Alivio inmediato de los enfermos que sufren trastornos hepáticos.

Estimulando la vitalidad de los leucocitos y exaltando la fagocitosis, crean un estado de defensa orgánica tan notable que infinidad de lesiones (verrugas, mamitis, etc.), que degenerarían en cánceres, con el freno de las sales halógenas de magnesio DESAPARECEN POR COMPLETO



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

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

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

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

D. ANTONIO SERRA

Apartado 26, Reus (Tarragona).

HIGIENE Y SALVAGUARDIA
DEL

HIGADO

POR LA

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

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

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

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

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

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artrismo
Tuberculosis

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

**VITAMINAS
CONCENTRADAS**
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE
8, Rue Vivienne, PARIS (2^e)

como los manuales de que Marcial gustaba: *Scrinia da magnis, me manus una capit...*

Son seis libros que guarda la valija de nuestra cultura en marcha *sin matar al caballo, al jinete ni al lector*.

Precio de cada volumen: 1,50 pesetas.

Los Autores de rango.

Los Temas selectos.

Las Ediciones cuidadosas.

Las Ilustraciones precisas.

Las Encuadernaciones sencillas y fuertes.

Los Precios UNICOS: 1,50 pesetas volumen.

Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

SOCIEDAD CATALANA DE CIRUGÍA

El problema quirúrgico de la litiasis renal bilateral.—Doctor V. Compañi.

Considera poco rara la frecuencia de la litiasis renal bilateral. Algunos autores consideran la frecuencia en una cifra de 10 por 100 y otros en un 20 por 100. El exponente cree que los exámenes radiográficos unilaterales son insuficientes, pues en bastantes casos en que se considera una litiasis unilateral, por el examen radiográfico sistemático bilateral se descubren litiasis renales dobles.

El tratamiento en estos procesos es muy discutido. Fedorof se muestra conservador. Cree que en los casos en que se diagnostica la bilateralidad de la litiasis renal debe suprimirse esta causa. Si a esto se añade la infección, el tratamiento a seguir no tiene discusión; no pasa lo mismo cuando a la infección se añaden lesiones renales destructoras, en que la conducta a seguir es ya discutible. Se muestra, entonces, partidario de la intervención precoz.

Indica la conveniencia de no operar simultáneamente en los dos lados, sino que debe intervenir primeramente el lado menos afectado y después, el más.

Discusión.—Dr. Frontera: Se muestra de conformidad con el disertante en cuanto a la importancia de sentar el diagnóstico de litiasis renal bilateral, concediendo gran importancia a los medios radiográficos como método de diagnóstico. No concede demasiado valor a las estadísticas, pues diez años antes el estudio de la litiasis renal no comprendía el examen sistemático radiográfico de los riñones como en la actualidad. No cree tampoco oportuna la extracción simultánea de los cálculos renales; la intervención primera debe separarse de la segunda por un intervalo de tiempo suficiente para que el enfermo se reponga y pueda sufrir la nueva intervención. En cuanto al tratamiento quirúrgico se muestra también conservador, dando gran importancia a la pielotomía y nefrotomía, cree más favorable al enfermo intervenir primero el riñón menos afecto y finalmente el más lesionado. Cita un caso al cual se intervino en el lado menos afecto, llevándose a cabo una pielotomía y extracción del cálculo, y ocho meses más tarde se intervino con la idea de llevar a cabo una nefrectomía, pero se dejó un drenaje y el enfermo curó.

SOCIEDAD CATALANA DE PEDIATRÍA

Les applications actinomarines dans le traitement des adenites bacillaires ouvertes avec lésions des parties molles.—Profesor Dr. Edouard Delcroix, de Ostende.

Dice que el 21 de Enero de 1927 tuvo el honor de presentar a la «Société des Sciences médicales de Montpellier»

los cuatro primeros enfermos portadores de adenitis bacilares fistulizadas con lesiones «des parties molles se caractérisant par une burrelet suintant affectant l'aspect d'une cheloide guéris par le pansement actinomarin». En aquella ocasión — dice — describí la técnica: «Un ruban de coton transparent est déposé doucement à même la région malade et arrosé d'eau de mer. Une lampe de Quartz est alors allumée et l'imbition du coton est renouvelée constamment, goutte à goutte pendant toute la durée du pansement».

Los resultados obtenidos por la aplicación de agua del mar, irradiada por los rayos ultravioleta, han sido excelentes. El profesor Cohen, de Bruxelles, se maravilló de los mismos, y no se precisa la intervención. Hasta la actualidad lleva tratados por este método 15 adenitis cervicales, un adenitis axilar torácica con absceso subpectoral fistulizado, un adenitis inguinal, un orquiepididimitis con lesión extendida del escroto y un goma ulcerado de pierna. O sea 19 casos de naturaleza tuberculosa, pues este último caso era en un enfermo de tumor blanco de la rodilla.

Hizo presente el que la aplicación «d'un pansement» actinomarino requiere mucho tiempo y exige una manipulación delicada que debe ser hecha siempre con gran cuidado. Durante el curso del tratamiento es interesante el observar las reacciones de la adenitis y de los ganglios de la región. A medida que la lesión externa mejora, los ganglios disminuyen de volumen. En algunos casos esta disminución es muy rápida.

Les applications actinomarines dans le traitement des sequelles de la paralysie infantile.—Profesor Dr. E. Delcroix, de Ostende.

Los primeros resultados del tratamiento de la parálisis infantil por los baños actinomarinos — dice — los presentó a la «Société de Pédiatrie de Paris» y al Congreso de Pediatría, de Lausanne. El punto de partida del método es el siguiente: la influencia de los baños actinomarinos en los niños portadores de secuelas de la parálisis infantil, y que no han obtenido mejora por los aparatos ortopédicos. Lleva tratados por este método a más de 40 enfermos, que los divide en los siguientes grupos: siete enfermos fueron tratados por este método durante varias semanas, después del debut de la afección y sin haberlos sometido anteriormente a ningún tratamiento. En este grupo hay dos casos muy graves y uno de mediana gravedad. Los resultados en los siete enfermitos fueron excelentes. En 34 enfermos sometidos al tratamiento desde los cinco meses hasta los once años de la aparición de la poliomiélitis, los resultados también fueron generalmente buenos. En algunos enfermos, 27, se combinó este tratamiento con la electroterapia, diatermia, hidroterapia, fototerapia o mecanoterapia.

SOCIEDAD CATALANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

Complicaciones flebíticas de otitis media supurada.—Doctor Vila Abadal.

Presentó tres casos de esta naturaleza, dos en niños y uno en adulto, y todos ellos tienen un síntoma común, sobre el cual el exponente llama la atención: los estremecimientos de frío.

En uno de los casos se trataba de un niño de ocho años de edad, con dolor en la oreja y sin otras manifestaciones durante una larga temporada. Meses más tarde, algunos estremecimientos de frío. Más tarde, manifestaciones mastoideas y aumentó la temperatura, que llegó a 40°,3. Nuca rígida. Koernig más sensible en el lado derecho. Fotofobia. Dos nuevos estremecimientos de frío. Pulso frecuente (120 a 160). Acetona en la orina. Oreja derecha supura. Dolor a

la presión por delante y detrás del estérno. En la oreja izquierda, supuración abundante y fétida. Paracentesis del tímpano. Se interviene convenientemente. Caseal, coramina, etcétera. La septicemia cede. Curso postoperatorio: sed, fotofobia y anorexia. Cicatriza la herida. A los quince días de la intervención y del tratamiento instituido, el estado normal se normaliza.

El examen de sangre demostró la presencia de estreptococos puros. Finalmente, agregó el exponente que una artritis de la muñeca fué en este enfermito la primera manifestación de la septicemia. El enfermo no tuvo nunca vómitos, nistagmus ni vértigos.

**

INSTITUTO DE MEDICINA PRÁCTICA

Evolución del concepto de colagogos.—Dr. Bascompte.

Estudia la fisiología de la vesícula biliar, asunto relativamente moderno. Distingue y atribuye a la vesícula biliar varias funciones: reservorio dotado de poder concentrador, contráctil, absorbente y secretante. Seguidamente pasa revista a los colecistoquinéticos más importantes, citando la mezcla de sulfato magnésico y peptona, la leche, los huevos y el aceite, como fuertemente activos; el sulfato magnésico, la lactosa.

Cita a Raymond, quien ha propuesto el uso de los colecistoquinéticos por vía gástrica. Por último, expone las indicaciones de ese drenaje, producido por tales medicamentos, creyendo que su empleo es de resultados satisfactorios en las angiolitias, ictericias catarrales, en las colicistitis e ictericias hemolíticas, en muchas jaquecas y asmas, en la úlcera duodenal, como también en ciertas diabetes.

La parálisis del motor ocular común.—Dr. Aliberch Bono.

Expone dicho doctor su conferencia sobre la parálisis del tercer par craneal, la convicción de que los enfermos de esta parálisis deben ser más bien tratados por el internista o neurólogo que por el oculista, por referirse el mal a procesos de orden general con determinismos oculares accesorios al párpado superior o al músculo ciliar. Trata de presentar esta parálisis como entidad clínica, como lo son la oftalmoplegia nuclear progresiva y la parálisis glosolabiofaríngea. Describe la geografía anatómica del nervio motor ocular, desde su arranque en los pedúnculos cerebrales cerca del acueducto de Silvius, hasta llegar ramificado a los músculos elevadores, constrictor de la pupila y músculo ciliar o de la acomodación.

Tras breves consideraciones fisiológicas sobre el motorismo, cuyas lesiones se traducen en paresias o parálisis, inicia el dibujo del cuadro clínico de este tipo de parálisis, dando las características en cada caso, y dando explicaciones sobre la dilatación pupilar o midriasis, la miosis y la acción del simpático cervical, alteraciones visuales, fijándose en las parálisis neuríticas, por infección o intoxicación (saturismo, difteria, lúes, etc.), relacionando entre las lesiones que afectan este nervio la llamada encefalitis letárgica de von Economo, de Viena, o neurascitis de Sicard, y las hemorragias.

Estudia el grupo oftalmoplégico intermitente y la parálisis oculomotriz periódica presenta en la tabes y sífilis cerebral, en el Basedow y en el vértigo paralizante de Cerlier. Destaca la importancia de la miastenia y las contracturas musculares, reconociendo el interés del estudio de las infecciones o intoxicaciones y de la sífilis principalmente (arteritis y trastornos poliencefálicos), como elementos cumbres que resumen la génesis de la parálisis del motor ocular común.

Cree que el tratamiento debe responder a la causa de la

parálisis (intoxicaciones por yoduro potásico y azufre para facilitar diuresis y diaforesis; difteria por antitoxina a dosis mayores; encefalitis por salicilato sódico intravenoso, urotropina, cacodilato en altas dosis, etc.: sífilis neurótrota por bismuto y neosalvarsán con alternancia. Recomienda en las parasífilis la nueva malarioterapia y la Cirugía, si son factibles en los procesos neoplásicos. En los traumas debe facilitarse la regeneración nerviosa. La electricidad galvánica es evitando el vértigo galvánico (ánodo en superciliar y cátodo en nuca a 5 miliamperios), se recomienda todo caso en que el elemento causal escape. Las ptosis en caso inmodificable pueden ser objeto de operación quirúrgica plástica. Para facilitar la «restitutio ad integrum» del paciente tratado, es de interés la estrionina asociada al fósforo, hierro y extracto de lipoides cerebrales.

Discusión.—Dres. Ortés y Durán Arrom.

Interviene en la discusión del tema desarrollado por el Dr. Aliberch el Dr. Ortés Parera, extendiéndose en consideraciones atinadas sobre la parálisis tratada, pero referida como de origen reumático, aportando nuevos datos a este asunto apenas soslayado.

Termina la sesión con algunos conceptos del Dr. Durán Arrom, sobre el marcado antagonismo del simpático ocular y parasimpático, oposición de alto valor diagnóstico en caso de aneurismas, mal de Basedow y uremia, entre otras entidades clínicas.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

Dispensario «Martínez Anido»

Curso práctico de Venereología y técnicas de Laboratorio en relación con la misma, a cargo de los doctores J. Fernández de la Portilla, director del Dispensario, y L. Ruiz de Arcaute, jefe de los Servicios de Laboratorio. Del 1.º al 30 de Abril de 1930.

**

Número máximo de alumnos, 10; mínimo, 5.

En el curso podrán inscribirse médicos o estudiantes de Medicina, tendrá un carácter esencialmente práctico, asistiendo los alumnos a los servicios clínicos y de laboratorio y realizando personalmente la exploración, manipulaciones terapéuticas e investigaciones analíticas que los enfermos planteen.

Igualmente asistirán durante el curso al servicio de vigilancia sanitaria de la prostitución.

El Dr. R. de Arcaute explicará en 10 lecciones prácticas todos los temas de Laboratorio aplicables al diagnóstico de las enfermedades venereosifilíticas, que después serán practicadas personalmente por los alumnos.

La exposición doctrinal estará a cargo del Dr. Fernández de la Portilla; tendrá lugar fuera de las horas de servicio y se referirá a las siguientes cuestiones:

Lección 1.ª—Chancro sífilítico. Variedades. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento del mismo.

Lección 2.ª—Manifestaciones ganglionares de la sífilis en sus distintos periodos.

Lección 3.ª—Manifestaciones ganglionares del grupo inguinal ajenas a la sífilis.

Lección 4.ª—Sífilis de la boca. Diagnóstico diferencial con otras lesiones.

Lección 5.ª—Sífilis del ano y recto.

Lección 6.ª—Manifestaciones meníngeas de la sífilis.

Información clínica de carácter práctico respecto al diagnóstico y tratamiento de las meningitis sifilíticas.

Lección 7.^a—El Laboratorio visto desde la clínica. Valoración de los datos analíticos más frecuentes en frotis, sangre y líquido cefalorraquídeo.

Lección 8.^a—La pugna mercurio-bismuto. Indicaciones actuales de ambos medicamentos.

Lección 9.^a—Herpes y papilomas genitales. Interpretación actual, diagnóstico y tratamiento de los mismos.

Lección 10.—Vigilancia sanitaria de la prostitución como profilaxis venérea. Crítica del sistema.

Para matriculas e informes, dirigirse al Dr. Fernández de la Portilla, Paseo de Recoletos, 14, Madrid.

Precio de la matrícula, 100 pesetas.

Inscripción hasta el 20 de Marzo.

Academias, Sociedades y Conferencias

Lunes 3 de Febrero. *Academia Médico-Quirúrgica Española*, presidida de primera intención por el Dr. Vallejo Nágera y en sus dos últimas partes por el Dr. Lafora.

El Dr. Basterra presenta una niña, extraordinario caso de anoftalmía en que, separando los bordes palpebrales, no se aprecia otra cosa que la oquedad consiguiente sin vestigio alguno de globos oculares y sin otras anomalías de aparato nervioso.

El Dr. Mouriz, con el epígrafe «Nuevas aportaciones al diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis», problema extraordinariamente difícil y que hasta hace poco no se le ha dado la solución—para el orador el mejor método es el de Houli con las modificaciones que por él introducidas se refieren: 1.º al tratamiento del material; 2.º a la preparación del método del cultivo, y 3.º a la conservación del medio durante el crecimiento—, cita los procedimientos puestos en uso para evitar el peligro de la desecación del bacilo; dice que el tratamiento del material debe hacerse con ácidos fuertes al 3 ó 4 por 100 en un máximo de volumen el mayor tiempo posible y para que no se desequen impregnar los tubos de una substancia impermeable.

El Dr. Julio Nogueras habla del «Cáncer primitivo del pulmón», diciendo que no es tan raro como se había creído en sus principios, porque hoy se diagnostican mayor número de casos que hace veinte años. Cita dos casos, uno de ellos diagnosticado de quiste hidatídico por un reputado cirujano, y otro, sospechoso de todo y diagnosticado de nada, en que una adenitis le hizo pensar en la probable existencia de cáncer primitivo de pulmón, en ambos casos comprobado. El Dr. García Triviño dice que lo manifestado por el doctor Nogueras viene a corroborar que los cánceres son más frecuentes y se diagnostican mejor; recuerda que hace ya años presentó a la Academia dos casos de cáncer primitivo de pulmón, que atribuyó al aumento del alquitranado en las carreteras provocado artificialmente, y aporta un caso más recientemente observado diagnosticado de tuberculosis, que por su gran emanación entró en sospecha de que se tratara de un tumor sarcomatoso eminentemente destructivo. El Dr. Nogueras rectifica.

El presidente pone a discusión el tema «Epilepsia», en anterior sesión expuesto y desarrollado; y acerca de él amplía los conceptos emitidos el Dr. Sanchís Banús; de primera intención intervino en esta discusión el Dr. Juarros; el doctor Lafora habla extensamente de la Etiología y patogenia, y

nosotros remitimos al lector al lugar del periódico en que a este asunto se dedica la importancia merecida.—*Sedisal*.

Miércoles 5 de Enero de 1929. *Academia Española de Dermatología y Sifiliografía*, presidida por el Dr. Sáinz de Aja.

El Dr. Cubero presenta un extraño caso de favus de localización exclusiva en la cara interna del brazo derecho. La observación más minuciosa no logró poner de manifiesto la menor lesión de cuero cabelludo. El contagio de este enfermo resulta desconocido, por no recordar haber tenido contacto con ningún enfermo análogo.

El Dr. Alvarez Cascos recuerda a este propósito un caso de favus autóctono observado por él.

El Dr. Soto, en nombre propio y en el del Dr. Hombría (R), da lectura a una extensa y documentadísima comunicación sobre la radioterapia de los epitelomas cutáneos. De un modo eminentemente pedagógico exponen las diversas evoluciones que en el decurso de los años ha sufrido este género de terapéutica. Especialmente insistieron en la técnica introducida por Cortés de los rayos blandos sin filtro. De la totalidad de la extensa experiencia de los doctores Hombría y Soto, jefes de la Sección de Terapéutica física en los servicios de los Dres. Covisa y Bejarano, se deduce las indudables ventajas que tiene este procedimiento en la terapéutica de los epitelomas cutáneos.

El profesor Covisa y el Dr. Emilio Enterría presentan una comunicación bajo el epígrafe de «Yodoterapia intravenosa a altas dosis».

El Dr. Enterría da lectura a las historias clínicas de los enfermos tratados por este procedimiento, en su totalidad pertenecientes al grupo de los procesos sifilíticos cuaternarios. Los resultados obtenidos no concuerdan en modo alguno con los conseguidos por Mercellín. Las variaciones clínicas y serológicas observadas en los enfermos son de muy escasa importancia. Sin embargo, ha podido comprobarse la indudable mayor tolerancia del yoduro por vía intravenosa en relación con la vía gástrica. En estos enfermos se han podido inyectar dosis parciales de 12 gramos y globales de más de 100 sin que los enfermos manifestaran la menor intolerancia.

Los Dres. Covisa y Bejarano dan cuenta de dos casos de hidroavaciniforme en dos hermanos de seis y tres años, respectivamente. Entre sus antecedentes únicamente es digno de señalarse la consanguinidad de los padres. En la orina de estos enfermitos se demostró en gran cantidad la presencia de la hematuria. Con este motivo efectúan los autores un amplio estudio clínico y patogénico de esta enfermedad, insistiendo sobre su rareza y muy especialmente sobre las especiales características de los casos objeto de la comunicación.

En último término, el Dr. Sanz da lectura a una comunicación con motivo de un caso de pitiriasis rubra pilar infantil.

Jueves 6 de Febrero. *Sociedad de Pediatría de Madrid*, presidida por el Dr. Suñer.

El Dr. Martín Calderín saluda a la Sociedad, en que por primera vez habla, y pasa a ocuparse del «Pseudo-crup gripal», acepción que siempre le ha preocupado por no expresar, a su juicio, la verdadera significación que en ninguno de sus aspectos etimológicos encierra; por lo cual estima que la apropiada acepción debe ser la de crup, sin pseudo por delante. Dice que en la epidemia de 1924 al 25 tuvo ocasión

de observar repetidos casos de laringitis gripal en el momento en que el crup aparece al octavo o noveno día, en que sacó la deducción debía hacerse una exploración directa a la laringe, porque ésta, como todas las enfermedades, tiene su momento. Cree que existe una verdadera confusión en el estudio y clasificación de las laringitis; que la llamada estridulosa no es una enfermedad, sino un simple fenómeno; que el capítulo de las laringitis está necesitado de una detenida revisión; que la laringe del niño no ofrece dificultad alguna para ser explorada y permite fundar el diagnóstico al apreciar el aumento de volumen aritenoides, síntoma patognomónico, y que el tipo clínico se manifiesta por el color eminentemente rojo de la mucosa; que por haber dejado pasar la oportunidad quirúrgica en un niño de marcado tipo gripal por hacer la intubación tardía, se murió, y que en otro hermano, anticipando el hecho, intubó, descendiendo a partir de aquel caso de mortalidad; sacando de ello la consecuencia de que para evitar los síntomas pulmonares lo conveniente era llevar a cabo la intubación precoz sin el temor de causar traumatismos.

El presidente, Dr. Suñer, corresponde al saludo que al comienzo de su discurso el Dr. Calderín hiciera a la Sociedad y le felicita por el brillante discurso a su ingreso pronunciado.

El Dr. Toledano manifiesta que desde que ha oído al Dr. Calderín se ha apoderado de él la intranquilidad para que las lecciones recibidas de su maestro, Dr. Alonso Safuño, le hicieron entender que la laringitis estridulosa, como modalidad patológica existía, y que se quedaba tranquilo cuando la disnea, llamada pseudocrupal o estridulosa, cedía a los recursos terapéuticos en uso.

El Dr. Zapino habla de un caso de infiltración inferior de estafilocosa y estreptococos.

El Dr. Calderín rectifica demostrando la extrañeza de que siendo el caso, a que el Dr. Zapino se refiere, 'infracorral', no se mejorara con la intubación, lo cual le hace suponer que debió haber algo traqueal y que los gérmenes fueron pneumocócicos; y al Dr. Toledano le contesta que las cosas han cambiado en sentido evolutivo, que el examen de laringe debe ser sistemático, que el tratamiento debe seguir a la indicación, que los procesos laríngeos tienen todos la misma semeiología y que la visión de laringe se hace a la perfección y en un momento con la espátula directa, con delicadeza y sin traumatismos.

El Dr. Muñozerro historia un caso de «Sarcoma de vejiga en un niño de tres años» que no tuvo hematurias, que hace un mes sufrió un cólico, que la orina fué gradualmente haciéndose más escasa, que apareció la tumoración en forma de globo característico en la región hipogástrica, albuminuria, piuria y fiebre; que el riñón, extraordinariamente grande y doloroso, dió lugar a la creencia de que el proceso renal era el causante y lo vesical lo secundario, y que el operador encontró una tumoración que adoptaba la forma de la cavidad vesical, que no se hizo exploración pielografía y que la hidronefrosis fué rechazada.

El Dr. Mateo Milano dice que en breve se publicará un articulito suyo en que se ocupa de un caso muy parecido y que la mayor parte de estos tumores periféricos requieren la cistoscopia.—*Sedisal*.

Sábado 8 de Febrero. *Real Academia Nacional de Medicina*, a ratos presidida por los Dres. Huertas y Recasens.

El Dr. Suñer, con el enunciado «Método nuevo de tratamiento de los quistes serosos congénitos», basado en una nota clínica y en antecedentes *ad hoc* rebuscados, dice no

haber encontrado nada que se parezca a esto; que los quistes serosos congénitos son poco frecuentes y no ha de estudiarlos en todos sus aspectos conocidos, porque los quistes serosos son algo más que una dilatación de vasos linfáticos; que al comienzo de su gestión al segundo año de la vida los datos que dan no son exactos, y que la afección anterior al segundo año de la vida en los quistes serosos multiloculares, puede encontrarse líquido hemático o seroso. Considera la extirpación total como muy peligrosa; dice que después de la extirpación parcial el quiste a veces se reproduce o queda clínicamente una fístula, y que por esta razón la solución se hace difícil. Dice que en el caso de la niña que historia tuvo que abandonar la electrolisis, ocurriéndosele después de procesos septicémicos recurrir a la esencia de trementina, con que obtuvo un absceso de fijación y la salida de una extraordinaria cantidad de pus, procedimiento a que podía hacerse la objeción de ser muy doloroso; que de primera intención la cantidad de trementina proyectada en la región submaxilar fué de medio miligramo; que se reprodujo aquella masa quística a las cuarenta y ocho horas, dando lugar a nuevo desbridamiento y salida de pus, que ha desaparecido, así como la cicatriz, merced a otra inyección de un cuarto de miligramo, circunstancias que bien se aprecian en la niña testigo y en las vistas que en la pantalla proyecta, expresando en conclusión el juicio clínico estimable que de esta orientación se deduce. El doctor Sarabia dice que ninguna objeción se le ocurre hacer, y que sólo la cortesía es en este caso la que le impulsa a felicitar y aplaudir el a su juicio justificado procedimiento empleado por el Dr. Suñer, que él por su parte se propone comprobar.

El Dr. Suñer agradece la intervención, y añade que debía darse a entender la tendencia al elemento médico rural en que sería aprovechable.

El Dr. Huertas interviene en la discusión del tema «Acidosis de hipoglucemia», por el Dr. Marañón, en sesión anterior tratado, mostrándose de perfecto acuerdo en los puntos de vista por éste sustentados en lo que a la enfermedad de Addison, embarazo, epilepsia, inanición, bocio, etc., se referían, y en la oportuna advertencia de que en casos de esta naturaleza jamás deben faltar al lado de la insulina el suero glucosado, que la experiencia y estudios del doctor Marañón revelan ser necesarios.

El Dr. Recasens, gustoso se presta a suplir la falta de los que en esta sesión estaban llamados a intervenir, improvisando una instructiva conferencia en que se ocupó de las diferencias de tratamiento de los cánceres del útero: rayos X, radio, extirpación del útero con todos los parámetros, inutilidad de operar cuando no es posible extirpar todo lo ya infestado, radioterapia como complemento, etcétera, etc.—*Sedisal*.

Sábado 8 de Febrero de 1930. *Casa de Socorro del distrito de Palacio*.

El Dr. D. Pedro Mayoral Carpintero, profesor de la Escuela de Odontólogos, pronunció en el brillante ciclo de conferencias organizado por la Casa de Socorro del distrito de Palacio una interesante disertación sobre «La biopsia en el diagnóstico de las inflamaciones crónicas y neoplasias».

Después de unas breves palabras de salutación entró de lleno en el tema de su conferencia. Planteó de un modo claro y terminante las indicaciones de la biopsia para el diagnóstico de las tumoraciones. A continuación detalló los métodos y técnicas más útiles que deben emplearse a este objeto. Estudió minuciosamente las características histológi-

cas en virtud de las cuales puede llegarse a la interpretación de las diferentes neoplasias. Insistió muy especialmente en las dificultades que se encuentran para la clasificación etiológica de las demás formas de inflamaciones crónicas, haciendo resaltar la necesidad de investigaciones bacteriológicas complementarias.

El Dr. Mayoral fué muy aplaudido.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

REAL ORDEN NÚM. 103

Excmo. Sr.: La inversión de la cantidad de 110.000 pesetas, que figura en los Presupuestos generales del Estado, Departamento de Gobernación, para combatir o remediar la endemia tifoidea en España y para auxiliar a los pequeños Municipios que a tal fin soliciten la protección del Poder público, ha demostrado su utilidad permitiendo realizar obras de saneamiento en pequeñas agrupaciones rurales, sobre todo que de otra manera no se hubieran ejecutado.

Muy conveniente hubiera sido, después de las enseñanzas recogidas, haber podido aumentar la cifra presupuestada, elevándola, cuando menos, al doble de lo que figura en el presupuesto actual. Pero ya que esto no fué posible, por la necesidad de sostener el equilibrio presupuestario, interesa que la distribución de la cantidad que figura consignada en la actualidad tenga una distribución ajustada estrictamente a las necesidades de los pueblos, especialmente de los pequeños Municipios.

A tal fin y conviniendo se tenga conocimiento en este Ministerio de la necesidad e importancia de las obras de saneamiento y de los presupuestos calculados para su ejecución, así como de los informes que merezcan las reformas a los organismos sanitarios provinciales, como garantía de la eficacia de los auxilios económicos que se soliciten,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer:

1.º Para la concesión de las subvenciones que figuren en el capítulo 7.º, art. 2.º del presupuesto vigente, con el epígrafe «Para combatir o remediar la endemia tifoidea en España y para auxiliar a los pequeños Municipios que a tal fin soliciten la protección del Estado», será requisito indispensable que a las instancias solicitando dichas subvenciones se acompañe:

a) Acuerdo del Ayuntamiento referente a la ejecución de las obras de saneamiento.

b) Plano o croquis de las obras que se proyectan, hecho por un técnico de la construcción, que incluso pudiera ser un maestro de obras, si no hubiera otro adecuado en la localidad.

c) Memoria sucinta suscrita por el inspector municipal de Sanidad, en que se acredite la necesidad de realizar las obras de saneamiento que se proyectan.

d) Informe favorable de la Junta provincial de Sanidad, que habrá de emitirse dentro de los treinta días siguientes a la fecha de ingreso en la Secretaría de dicho organismo del expediente producido.

2.º Para la concesión de estas subvenciones se dará la preferencia a los Municipios por orden de menor población, y dentro de éstos, atendiendo a la mayor necesidad que se acredite en los expedientes de los Ayuntamientos.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y efectos oportunos Dios guarde a V. E. muchos años. Ma-

drig, 29 de Enero de 1930.—Martínez Anido.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 30 de Enero de 1930.)

REAL ORDEN NÚM. 138.

Excmo. Sr.: Creado el Cuerpo de médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, y confeccionado el escalafón provisional del mismo, es conveniente poder determinar en todo momento la situación de los citados funcionarios, el número de plazas vacantes y las causas que las han producido, para lo cual es indispensable que los Ayuntamientos, sin perjuicio de las atribuciones que, con referencia a nombramientos y separaciones de sus funcionarios, les concede el Estatuto municipal y sus Reglamentos, informen a este Ministerio del movimiento del personal afecto a los citados servicios.

Por las consideraciones expuestas, y de acuerdo con lo informado por la Dirección general de Sanidad,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer:

1.º Que las corporaciones municipales comuniquen a los inspectores provinciales de Sanidad de las respectivas provincias, los nombramientos, posesiones y ceses de los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, acompañando copia certificada del acta de la sesión de la Comisión permanente en que se haya tomado el acuerdo de nombramiento o de cese y de la diligencia de toma de posesión.

2.º Que por las Inspecciones provinciales de Sanidad se remitan mensualmente a la Inspección general de Sanidad interior los datos recibidos.

3.º Que esta disposición se reproduzca en los *Boletines Oficiales* de todas las provincias y en los de los Institutos provinciales de Higiene.

De Real orden lo digo a V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 4 de Febrero de 1930.—MARZO.

Señores directores generales de Administración y Sanidad y gobernadores civiles de todas las provincias y militar del Campo de Gibraltar.—(Gaceta del 7 Febrero de 1930.)

REAL ORDEN NÚM. 104

Ilmo. Sr.: Visto el informe que eleva a este Ministerio la Comisión designada por Real orden de 17 de Octubre último, para dictaminar acerca de la aplicación de la mezcla gaseosa de cloruro de cianógeno, según la técnica de los Dres. Vellogín y Viciano, director y subdirector, respectivamente, de la Estación sanitaria del puerto de Valencia, a las prácticas de desratización y desinsectación:

Visto asimismo lo acordado por el Pleno del Real Consejo de Sanidad, que por unanimidad, y haciendo suyo el informe que en su día hubo de emitir la Sección de Sanidad exterior del propio Real Consejo, propone la aceptación en todas sus partes del dictamen de la Comisión que asistió a las pruebas y experiencias de la mezcla de que se trata, y en vista de sus evidentes ventajas sobre otros similares, que dicho método o procedimiento se considere oficial y preferente en los servicios de Sanidad, sin que por ello sea exclusivo,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido resolver de conformidad con lo anteriormente expuesto y declarar procedimiento oficial y preferente en las prácticas de desratización y desinsectación el empleo de la mezcla gaseosa de cloruro de cianógeno, según la técnica ideada por los Dres. Vellogín y Viciano, director y subdirector, respectivamente, de la Estación sanitaria del puerto de Valencia.

Igualmente es la voluntad de S. M. que se haga constar en los expedientes personales de los interesados su Real

agrado por el resultado obtenido en sus trabajos, a fin de que sirva de estímulo a todos los funcionarios y, en particular, a los pertenecientes a la rama de Sanidad Nacional.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 29 de Enero de 1930.—*Martínez Anido*.—Señor director general de Sanidad del Reino. (*Gaceta* del 30 de Enero de 1930.)

EXPOSICIÓN

Señor: Por Decreto de 2 de Abril de 1925 se dignó V. M. aprobar el proyecto de los vigentes Estatutos de los Colegios oficiales de médicos, que tuvo como principal objeto el determinar en forma concluyente el carácter obligatorio de la colegiación y ordenar el procedimiento para la imposición por los Colegios de algunas sanciones disciplinarias precisas para mantener entre algunos profesionales el tono moral conveniente a los altos prestigios de la profesión médica.

En los acuerdos de las diversas Asambleas de los Colegios y en las peticiones del Presidente del Consejo de los mismos se han hecho notar omisiones y deficiencia en dichos Estatutos que la práctica ha demostrado y a las que convendría poner pronto remedio, señalándose, por otra parte, perfeccionamientos que son necesarios, e innovaciones que deberían llevarse a los mismos para que la organización profesional de los médicos en España lograra aquellos progresos a que se ha hecho acreedora por sus merecimientos.

Es una de las aspiraciones de los Colegios, que los recursos o reclamaciones que se entablen en virtud de correcciones impuestas por cuestiones profesionales se resuelva, como aconteció a otras clases profesionales, por Juntas o Tribunales constituidos exclusivamente por médicos, con lo que los juicios formulados por tales Juntas sobre poseer una absoluta solidez por hallarse basados en el pleno conocimiento de las causas, en la perfecta valoración de los hechos y en la exacta medida de su trascendencia se hallarían también animados por el noble anhelo de elevar el nivel moral de la clase.

Se ha hecho notar, igualmente, que es un hecho paradójico que señalándose a las Juntas de los Colegios el deber, la misión de perseguir el intrusismo, no se les haya dotado de elementos para ello, ni se les indique, al menos, un medio para que su gestión alcance alguna eficacia, siendo éste un mal que afecta tanto como a los profesionales mismos a la salud pública, a veces amenazada.

En relación con esto, parece sentirse, por otra parte, la necesidad de dotar a la certificación y a la receta médica de ciertas garantías en armonía con su carácter y con la función que llenan, lo que además de dificultar su sencilla falsificación, impediría no poco la actuación ilegal de los intrusos. La breve práctica del empleo de la receta oficial para tóxicos, ha hecho pensar en las ventajas que se obtendrían al ampliar la idea al resto de las prescripciones de productos medicinales, sin alterar ni coincidir con la forma especial señalada para la prescripción de las drogas estupeficientes.

No es menos importante y de especial urgencia atender al constante clamor de la clase médica que, en reuniones y asambleas viene estudiando el modo de crear una entidad de previsión que socorra decorosamente a los médicos inválidos y ancianos, a las viudas y a los huérfanos, pues si bien la gestión nunca bastante encomiada del Patronato del Colegio del Príncipe de Asturias, ha hecho en cuanto a los últimos una obra meritísima, quedan, no obstante, sin amparo los profesionales enfermos, inválidos y ancianos, y las

pobres viudas compañeras ejemplares de los médicos que han compartido con ellos las penalidades de una profesión toda abnegación y sacrificio.

En diversas Asambleas ha manifestado la necesidad de una institución de este orden, que los médicos quieren fundar y mantener con sus propios recursos; pero siempre surge la dificultad técnica que se deriva, por una parte, de la escasa capacidad económica de la inmensa mayoría de los médicos, tanto de los diseminados por los pueblos y aldeas, como de los hacinados en las grandes poblaciones, viviendo unos y otros a base de escasísimos sueldos de Municipios o Sociedades y de honorarios modestísimos que cada día la competencia hace más exigüos, y, por otra parte, de la casi imposibilidad científica de poder admitir al elevado número de los que sobrepasan un tipo de edad todavía relativamente bajo, por el grave riesgo que para la institución supondría, únicamente compensable con el pago de cuotas cuya elevación no se ajusta a sus posibilidades. Todo ello ha traído como natural consecuencia que la institución no se fundó y que siguen repitiéndose los casos tristísimos de inválidos, viudas y huérfanos sin recursos que justamente han preocupado y preocupan a los Colegios que carecen de elementos con los que remediar tan grave mal.

En atención a tan poderosas razones, y después de revisar, y perfeccionar diversos extremos de los actuales Estatutos, se ha procurado, en el presente proyecto de reforma, acoger tan justas demandas, hasta donde prudentemente era ello posible.

Se establece, a semejanza a lo concedido a otras profesiones liberales, que en la resolución de asuntos médicos intervengan de modo directo y exclusivo los facultativos de la Medicina, creando al efecto escalonados Tribunales profesionales que conocerán y juzgarán sobre los mismos, cuidando de que se mantengan, sin embargo, bien garantidos los derechos del colegiado, ya que, por una parte, se impide y castiga toda extralimitación de funciones de las Juntas de gobierno de los Colegios y del Consejo mismo, y, por otra parte, se reserva al sancionado por falta de alguna gravedad la facultad de recurrir en última instancia ante el director de Sanidad, quien dictará el fallo definitivo. Igualmente se señala, para evitar los efectos de todo poder personal, que no podrán reelegirse más de una vez los miembros de las Juntas de gobierno, y a fin de que los profesionales de prestigio no puedan inhibirse de la nueva dirección temporal de estas entidades, cuya función tanto puede influir en el prestigio general de la clase, se hace obligatorio e irrenunciable el cargo de presidente. En compensación a tales exigencias, se dan mayores garantías de eficacia a las sanciones disciplinarias que dichos Tribunales impongan, por la necesidad de robustecer la autoridad de estas Corporaciones, para que puedan reprimir todo exceso que afecte al decoro y prestigio de la colectividad.

Por lo que afecta igualmente a la represión del intrusismo, se señalan las normas que, con sujeción a las disposiciones vigentes, pueden hacer más eficaz la gestión de los Colegios, en evitación de los perjuicios que aquél origina a los que legítimamente adquirieron la aptitud legal exigida para el ejercicio de la Medicina, y por los males públicos que ocasiona, contribuyendo mucho a tan útil y necesaria labor el establecimiento de los impresos oficiales que, con la fiscalización de los Colegios, han de hacer más difícil la actuación de los intrusos.

Por último, reconociendo el legítimo anhelo de la clase médica en general, de disponer de una institución de previsión que acoja por igual a todos los profesionales de la Medicina, amparando principalmente a los más modestos, que

son, por otra parte, los más numerosos, y no rechazando a los que por virtud de la edad y de sus condiciones físicas habrían de constituir un grave riesgo, se encarga al Consejo de los Colegios Médicos la redacción de un proyecto ajustado a tales preceptos, que deberá someter en plazo oportuno a la aprobación del Ministerio.

Por las razones expuestas, el ministro que suscribe somete a la aprobación de V. M. el adjunto proyecto de nuevos Estatutos de los Colegios oficiales de médicos.

Madrid, 27 de Enero de 1930.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Severiano Martínez Anido*.

REAL DECRETO NÚM 335

A propuesta del ministro de la Gobernación,
Vengo en aprobar los siguientes Estatutos de los Colegios Oficiales de Médicos.

Dado en Palacio a 27 de Enero de 1930.—ALFONSO.—El ministro de la Gobernación, *Severiano Martínez Anido*.

ESTATUTOS DE LOS COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CAPÍTULO PRIMERO

CONSTITUCIÓN Y FINES DE LOS COLEGIOS

Artículo 1.º En cada capital de provincia y en aquellas de nuestras posesiones de Africa sujetas a un régimen especial en que las circunstancias le aconsejen, y previa la autorización de la Dirección general de Marruecos y Colonias, se constituirá, para los fines que luego se enumeran, un Colegio de Médicos, en cuyas listas deberán inscribirse como pertenecientes a él todos los licenciados y doctores que ejerzan la Medicina en el territorio de la provincia. Los que no ejerzan la profesión o los médicos del Ejército y de la Armada que no se dediquen a la práctica civil no están obligados a la colegiación, pero pueden hacerlo voluntariamente.

No tendrá personalidad colegial independiente o autónoma ninguna agrupación de médicos residente en el territorio de un Colegio provincial, constituyéndose sólo Juntas distritales del mismo, salvo cuando las expresadas agrupaciones tengan su residencia en islas separadas entre sí por largas distancias, en cuyo caso podrá reconocérseles el carácter de Colegios filiales del constituido en la capitalidad, al que deberán estar subordinados.

Art. 2.º El director general de Sanidad, los subdelegados de Medicina, inspectores sanitarios del Distrito y los inspectores municipales de Sanidad vienen obligados a la persecución de cuantos ejerzan actos propios de la profesión médica sin poseer el título que para ello les autorice, y a los que, aun teniéndolo, no figuren inscritos en las listas u oficinas del Colegio oficial.

Para la persecución de quienes actúan sin título legal como de aquellos otros que con serio peligro para la salud pública explotan las prácticas de curanderismo, los presidentes de los Colegios Médicos se considerarán investidos con facultades delegadas de los gobernadores civiles de las provincias respectivas, a los efectos de requerir a los que sean denunciados por dichos motivos para que cesen en su actuación e interesar, en su caso, al subdelegado inspector sanitario del distrito o al inspector municipal de Sanidad correspondiente, que con toda diligencia instruyan el oportuno expediente de comprobación; terminado el cual y comprobada la denuncia con el informe razonado de dichas autoridades sanitarias, la Junta de gobierno del Colegio propondrá, elevando el expediente al inspector provincial de Sanidad, la sanción que considere adecuada y que éste impondrá hasta el límite de las facultades que le concede el

art. 4.º del vigente Reglamento de Sanidad provincial. Caso de que el denunciado, desatendiendo requerimientos y sanciones, reincida en su actuación, se formará nuevo expediente que podrá elevarse con la propuesta al gobernador civil, quien, con vista de las disposiciones administrativas y legales vigentes, impedirá la repetición de los hechos, imponiendo severos correctivos.

Las Juntas de los Colegios corregirán, por su parte, a aquellos profesionales que de un modo evidente amparen o protejan a quienes practiquen el intrusismo. Los médicos que estén ejerciendo sin colegiación más tiempo del señalado en el art. 8.º de estos Estatutos, serán requeridos por el presidente del Colegio, quien les señalará un breve plazo para efectuarlo. Al no ser atendido, pondrá el hecho en conocimiento de las autoridades sanitarias, las que obligarán al profesional a solicitar inmediatamente su inscripción, prohibiéndoles entretanto el ejercicio de la profesión.

El médico que no haya solicitado la colegiación en dicho plazo y no justifique más tarde cumplidamente ante la Junta de gobierno del Colegio los motivos fundamentales que le impidieron hacerlo, incurrirá en sanción consistente en una multa de 50 a 500 pesetas, que podrá imponerle la referida Junta, y cuyo importe será exigible para hacerle entrega del título de colegiado. El interesado podrá elevar recurso de alzada ante el Tribunal profesional de que se habla en el art. 32, cuyo fallo será inapelable.

Art. 3.º La misión de los Colegios será:

1.º Defender los derechos y prestigios de los médicos, procurando que gocen de la debida independencia y decoro en todos los aspectos del ejercicio profesional.

2.º Mantener la armonía y fraternidad entre los colegas, imponiendo la observancia de los más elementales preceptos de Deontología médica que recordarán en sus Reglamentos, y adoptando las disposiciones precisas para que no sufra por ningún motivo detrimento el decoro y buen nombre de la clase.

3.º Auxiliar a las autoridades en los informes técnicos que les pidan.

4.º Perseguir ante las autoridades sanitarias o Tribunales de justicia, si fuera preciso, los casos de intrusismo, ejerciendo esta acción por medio de su presidente y Juntas de gobierno y atendiendo las normas que en el art. 2.º se esbozan.

5.º Distribuir equitativamente entre los colegiados las cargas que imponga el Fisco, ilustrándoles y auxiliándoles en sus relaciones con la Hacienda pública.

6.º Cooperar a que la contratación del trabajo profesional sea respetada en todas sus partes, de acuerdo con las normas dictadas por los organismos corporativos nacionales.

7.º Exender, en la forma que se señalará después, los sellos para el sostenimiento del Colegio de Huérfanos a que se refiere el Real decreto de 15 de Mayo de 1917.

8.º Organizar la distribución y expendición de los impresos oficiales para recetas y certificaciones médicas, siguiendo las normas e instrucciones que se determinen por el Consejo general.

9.º Contribuir por todos los medios a su alcance a la construcción y sostenimiento del Colegio del Príncipe de Asturias para Huérfanos de Médicos.

10. Cooperar eficazmente a la mejor organización y desarrollo de las Instituciones de previsión, cuya creación se encomienda al Consejo general, en favor de los colegiados inválidos o ancianos y de las viudas y huérfanos.

11. Realizar los fines de carácter científico y cultural que estimen convenientes.

12. Informar en los asuntos que haya de conocer la Sanidad oficial, cuando éstos se relacionen con la función de los Colegios.

13. Evacuar los informes y consultas que el Gobierno de la Nación le reclame por medio de la Dirección general de Sanidad.

14. Prestar su cooperación a las autoridades sanitarias, obligando a los colegiados al cumplimiento de la Instrucción general de Sanidad y demás disposiciones de este ramo, muy especialmente en todo lo referente a partes de enfermedades infecciosas de declaración obligatoria y demás datos de Estadística sanitaria.

Art. 4.º También dictaminarán los Colegios, por intermedio de sus Juntas de gobierno, en las cuestiones de tasación de honorarios médicos, cuya misión será de su exclusiva competencia cuando aquélla sea pedida por los particulares, los profesionales, las autoridades o los Tribunales.

Se exceptuará de lo anteriormente dispuesto las cuestiones de honorarios cuyo regulación esté pactada por los Comités paritarios de la profesión.

Art. 5.º Los médicos, por el hecho de su colegiación, quedan obligados desde su ingreso en el Colegio al más exacto cumplimiento de cuantas prescripciones se contienen en estos Estatutos, en el Reglamento de su Colegio y en los acuerdos que estuvieren tomados o se tomaran en las Juntas generales del mismo con estricta sujeción a los preceptos reglamentarios.

Contra todo acuerdo adoptado sin sujetarse a los preceptos de este Estatuto o a los del Reglamento, tanto más si son opuestos a ellos o contradictorios con las facultades privativas de las Juntas generales, podrán los colegiados interponer recurso ante el Consejo general de los Colegios, el que después de requerir los debidos informes acordará lo que proceda, con facultades para suspenderlos y revocarlos.

Al admitir a un colegiado, el Colegio respectivo le entregará, previo abono de su valor, una cartera médica de identidad, en la que hará constar nombre y domicilio del interesado, número que ocupa en la lista de colegiados y fecha de la colegiación. Este documento contendrá el retrato y la firma del colegiado, sobre los que estampará el sello del Colegio y será autorizada por la firma del presidente y secretario de la Corporación. Al mismo tiempo se abrirá un historial del nuevo asociado, comprensivo de su actuación científica y profesional, haciéndose constar en él todos los extremos que puedan ser útiles para la concepción individual que el interesado merezca.

Art. 6.º En cumplimiento del art. 80 de la ley de Sanidad y del apartado 3.º del art. 85 de la Instrucción general del Ramo, los Colegios de Médicos, por medio de sus Juntas de gobierno, de sus Tribunales profesionales provinciales y de su Consejo general, ejercerán facultades disciplinarias sobre los colegiados con arreglo a lo que en estos Estatutos se previene.

Art. 7.º Todos los médicos que soliciten incorporarse a determinado Colegio presentarán el correspondiente título profesional original o testimoniado, y cuantos documentos considere necesarios la Junta de gobierno respectiva para acreditar si en el solicitante concurren requisitos legales para el ejercicio de la Medicina.

Los médicos que se trasladen definitivamente de uno a otro Colegio deberán exhibir, ante el último, certificado del primero de haber satisfecho las cuotas de colegiado y de contribución industrial y cumplido correctamente sus deberes profesionales.

Art. 8.º Los médicos que estén obligados o que quisieran

pertenecer a uno de los Colegios establecidos, deberán expresar en la solicitud que al efecto presenten si se proponen ejercer la profesión o no y si pertenecen a otro Colegio. Para todo médico es obligatoria la colegiación después de los quince primeros días de residencia en la localidad a la que haya ido a ejercer sus servicios profesionales, salvo en los casos previstos en el art. 19.

Art. 9.º Las Juntas de gobierno de los Colegios Médicos acordarán lo que estimen procedente a la solicitud de esta incorporación, después de practicar, cuando tuvieren dudas, las comprobaciones que consideren oportunas, y de recibir las correspondientes acordadas de las Universidades donde hubieren extendido los títulos profesionales que se presentaren y el informe de los Colegios Médicos que libren las certificaciones acompañadas a la instancia para su incorporación.

Art. 10. Las solicitudes de colegiación podrán ser suspendidas o denegadas por las Juntas de gobierno de los Colegios en los siguientes casos:

a) Cuando los documentos presentados con la solicitud de ingreso sean insuficientes u ofrezcan dudas de legitimidad.

b) Cuando el peticionario no justifique cumplidamente haber satisfecho las cuotas contributivas de colegiación en su Colegio o la tributación íntegra que le correspondiera en el último ejercicio económico.

c) Cuando hubiere sufrido alguna condena por sentencia firme de los Tribunales que explícitamente suponga la inhabilitación profesional.

d) Cuando hubiere sido expulsado de otros Colegios sin haber sido readmitido.

e) Cuando se hallare suspenso en el ejercicio de la profesión en virtud de corrección disciplinaria impuesta por los Tribunales profesionales de otros Colegios, por el Consejo general de los Colegios Médicos españoles o por el Ministerio de la Gobernación.

Obtenida la rehabilitación o desaparecidos los obstáculos que se opusieron a la colegiación, ésta deberá aceptarse por el Colegio sin dilación ni excusa.

Art. 11. Las Juntas de gobierno, después de practicar las diligencias y recibir los informes que estime oportunos, acordará o denegará las solicitudes de ingreso.

Si las Juntas de gobierno denegasen o suspendiesen la incorporación pretendida, lo comunicarán al interesado en el plazo de quince días, haciendo constar los fundamentos de su acuerdo, que no podrán ser distintos a los determinados taxativamente en el artículo anterior.

El perjudicado podrá acudir en alzada, en el término de diez días, ante el Tribunal profesional, y dispondrá además de ulteriores recursos ante el Consejo general, por el procedimiento que se determina en el art. 32.

Toda denegación de ingreso deberá ser comunicada al Consejo de Colegios y a la Dirección general de Sanidad en el plazo máximo de quince días.

Art. 12. Los médicos tributarán a la Hacienda en la forma que se dispone en la Real orden de 14 de Julio de 1926, según la cual los Colegios se considerarán investidos de la condición de gremios a los efectos tributarios, con jurisdicción en la totalidad de la provincia y sobre cuantos profesionales ejerzan en la misma.

Los Colegios provinciales constituirán los gremios, según dispone la base 27 del Real decreto de 11 de Mayo de 1926, y designarán cada año económico en la Junta general ordinaria los colegiados que deberán constituir la Junta gremial que, con arreglo a dicho Real decreto, habrá de repartir, según los casos, las cuotas o el cupón señalado.

REMINERALIZACIÓN - POLIOPOTERAPIA

RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

OPOCALCIUM
del Doctor GUERSANT

Sellos, comprimidos, granular

OPOCALCIUM IRRADIADO

Ergosterina irradiada (Vitamina D)
asociada al complejo endocrino-mineral
del Opocalcium

Sellos, comprimidos, granular

OPOCALCIUM ARSENIADO

Sellos

OPOCALCIUM GUAYACOLADO

Sellos

Laboratorios del Opocalcium A. RANSON, Doctor en Farmacia

121, Avenue Gambetta, PARIS (XX°)

*Representante general para España : Miguel SOLER elias,
Riera San Miguel, 25, BARCELONA.*

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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



Estovarsol cálcico y éter fosfórico de glucosa.

La asociación más activa de arsénico pentavalente y fósforo orgánico.—Sinergia terapéutica incomparable, sin toxicidad ni intolerancia. — Gusto exquisito. —

Restablece el APETITO

Estimula el tono general.

Regulariza la nutrición.

Enriquece la sangre.

Aumenta el PESO y la FUERZA

Además de las indicaciones generales del fósforo y del arsénico, el **REALFEN** se recomienda en los embarazos difíciles y los crecimientos retrasados y en todos los estados complejos de decadencia orgánica.

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

**MUESTRAS
GRATIS**

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

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

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

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

INMUNIDAD

DR. MARTÍN SALAZAR

Ayuntamiento de Madrid

A esta Junta gremial no deberán pertenecer ninguno de los colegiados que formen parte de la Junta de gobierno del Colegio, designándose los clasificadores en la proporción señalada en la ley de Bases; debiendo estar representados todos los distritos de la provincia, y procurando que los clasificadores de la capital y poblaciones populosas pertenezcan a las diversas categorías tributarias. La designación se hará por elección o por sorteo; pero los designados no podrán ser reelegidos hasta pasados dos años. Los repartos se harán en el último mes del trimestre tercero de cada ejercicio, para dar lugar a la celebración de una Junta de agravios, que deberá convocarse en el primer mes del cuarto trimestre, a fin de presentarlos a la Delegación de Hacienda en el penúltimo mes del año económico.

Los médicos llevarán, además, el libro registro de utilidades, que deberán pedirlo a la Administración de Hacienda por conducto exclusivo de sus Colegios respectivos, y las declaraciones juradas se cursarán también inexcusablemente por el mismo conducto, con sus correspondientes duplicados, que se archivarán en cada Colegio provincial para las comprobaciones ulteriores que puedan necesitar los interesados o la Administración pública.

(Continuará.)

INSTRUCCIÓN PÚBLICA Y BELLAS ARTES

REAL ORDEN NÚM. 90

Ilmo. Sr.: De conformidad con lo dispuesto en la Real orden aprobada en Consejo de Ministros de 27 de Septiembre de 1929, y en virtud del Real decreto-ley de 3 de los corrientes, aprobando los Presupuestos generales del Estado para el ejercicio del año actual,

S. M. el Rey (q. D. g.) ha tenido a bien disponer que a los auxiliares temporales de todas las Facultades de las Universidades del Reino se les acrediten, a cada uno de ellos, la gratificación de 3.000 pesetas anuales, con efectos económicos a partir del día 1.º del actual y con cargo al capítulo 9.º, artículo único, concepto 43 del presupuesto de gastos de este Departamento, en vez de las de 2.000 pesetas que tenían asignadas en el anterior del año 1920; a tal efecto, los Decanatos respectivos dispondrán que los títulos administrativos correspondientes a los expresados auxiliares temporales sean habilitados, mediante una diligencia en la que se haga constar el aumento de las 1.000 pesetas que dispone esta Real orden, y reintegradas debidamente, según dispone la ley del Timbre.

Asimismo es la voluntad de S. M. que a todos los ayudantes de clases prácticas de las mismas Facultades que desempeñan en la actualidad Auxiliares vacantes se les acrediten, a partir de la misma fecha de 1.º del corriente mes, el percibo de la gratificación de 3.000 pesetas anuales, en vez de las de 2.000 que disfrutaban.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 10 de Enero de 1930.—*Callejo*.—Señor director general de Enseñanza superior y secundaria y rectores de las Universidades del Reino. (*Gaceta* del 15 de Enero de 1930.)

GACETA DE LA SALUD PÚBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,1; ídem mínima, 695,3; temperatura máxima, 6º,4; ídem mínima, 0º,0; vientos dominantes, NE. y WSW.

Los frios intensos consecutivos a las copiosas nevadas han determinado un aumento en las afecciones catarrales, reumáticas, congestivas e inflamatorias del aparato respiratorio.

Los afectos crónicos del sistema circulatorio también se han empeorado, determinando complicaciones embólicas de accesos anginosos aórticos.

La mortalidad, aunque no en grado extremo, se ha acentuado algún tanto.

En los niños siguen las bronquitis y las anginas catarrales, siendo las enfermedades más frecuentes.

CRONICAS

Otra víctima del progreso médico.—Un hijo del célebre médico Pierre Marie, de París, ha fallecido de botulismo después de envenenarse en unos trabajos experimentales que llevaba a cabo sobre el botulismo.

Infección sifilítica en el parto.—Una Hermana de la Caridad que asistía como partera ha sufrido una infección sifilítica con úlcera primitiva en la nariz. Posiblemente, el líquido amniótico, al romperse la bolsa, fué el portador del contagio. Tal infección en el ejercicio de la profesión es un accidente del trabajo, y como tal reconocido y capaz de permitir una reclamación económica, se ha recomendado que en la asistencia de los partos se lleve una mascarilla delante de la nariz y de la boca y gafas con cristales.

Número de contenidos en las Cajas de enfermos.—En 166 Cajas locales de enfermos había en 1.º de Junio de 1929, en Alemania, 5.849.920 miembros. De ellos eran 3.156.613 hombres y 2.693.307 mujeres. Eran inútiles para el trabajo el 3,43 por 100.

Índice de Libros.—En el último número de la revista bibliográfica *Índice de Libros*—del que nos complace acusar recibo—hay referencia de 920 obras publicadas en español recientemente y agrupadas así por materias: Obras generales, 50; Filosofía, 41; Religión, 33; Sociología, 124; Filología, 14; Ciencias, 171; Bellas Artes, 36; Literatura, 344; Historia, 107.

Como, además de dar cuenta de los libros nuevos en seguida de aparecer, publica un extracto breve y claro de ellos, con el *Índice* a la vista, *sin salir de casa*, puede conocerse la producción editorial española.

La Administración de *Índice de Libros* (Prado, 14, Madrid) envía gratis un ejemplar de muestra a quien desee conocer esta útil publicación.

Noticias.—El Dr. Codina se encuentra por completo restablecido de la enfermedad que durante unas semanas le ha impedido dedicarse a sus trabajos habituales. Celebramos el restablecimiento.

—Han sido nombrados vocales del Instituto de Recaudación Profesional los Dres. Recasens, Sanchis Banús y Lafora.

—Ha sido concedida la gran cruz de la Orden del Mérito Civil al Dr. Decref.

—En las oposiciones celebradas para proveer la plaza de médico director del manicomio de Cádiz ha triunfado D. José María Aldama.

—Han sido propuestos para profesores interinos de Medicina de la Universidad de Santiago, con destino a las cátedras de Histología y Anatomía patológica y de Terapéutica, respectivamente, los Dres. Vicente Goyanes Alvarez y Alfredo Novo González.

—Ha presentado la dimisión de jefe de Cirugía del Hospital Asilo de San Rafael el Dr. Creus, que venía desempeñando cargos en el Asilo desde el año 1915. De sus servicios se ha encargado el profesor auxiliar de la Facultad de Medicina, Dr. Fernández Iruegas.

—Ha sido nombrado jefe-médico de la Inspección general de Sanidad exterior el Dr. D. José Estellés Salarich.

—Por Real orden de 27 de Enero último ha sido nombrado vicepresidente del Comité paritario de médicos y Empresas y Mutualidades de servicio sanitario de Madrid, D. Francisco Fuentes,

—Por Real orden fecha 7 de los corrientes ha sido nombrado en propiedad médico de la Sección de Correos, de la Dirección general de Comunicaciones, con destino en la Cartería de Sevilla, D. Francisco Blázquez Bares.

Comisión antipalúdica de la Sociedad de Naciones.—La Comisión de paludismo, organizada por la Sección de Higiene de la Sociedad de Naciones, ha realizado su última excursión científica a la India inglesa. De dicha Comisión formaban parte los Dres. de Buen (de España), Schuffner y Swellengrebel, de Amsterdam; Cuica, de Rumania; Williams, de los Estados Unidos, y Pelker, de Marsella.

En una estancia de más de cuatro meses han realizado un largo viaje de estudio por las zonas palúdicas más importantes de la India, visitando las provincias de Delhi, Bengala, Assam, Burma, Vizagapatam, Madrás, Mysora y Bombay.

Vacantes.—Sangüesa (Navarra). 1.650 pesetas. 23 Febrero.

—Villanueva de Alcolea (Castellón). 2.200 pesetas. 6 de Marzo.

—Horcajo de la Ribera (Ávila). 6.000 pesetas con las iguales. 6 Marzo.

Academia Española de Dermatología y Sifiliografía. Esta Academia celebrará sesión el miércoles 19 del actual a las siete de la tarde, en el Dispensario Martínez Anido, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día: Dr. Fernández de la Portilla, «Aportación histológica al estudio de un caso para diagnóstico»; Dres. Enterría y Hombria (M), «Modificaciones del líquido cefalorraquídeo después de la paludización»; Dr. Gay, «Tratamiento de la eritrocianosis supramalcolar por el tartrato de ergotamina. (Nota previa)»; Dres. Covisa, Bejarano y Gay, «Contribución al estudio de la queilitis apostematosa»; Dr. Huberto Sanz, «Tratamiento específico intradérmico de las epidimitis gonocócicas»; Dr. Sáinz de Aja, «La paludización en procesos ajenos a sífilis» y «Contribución al tratamiento de lupus eritematoso».

Conferencias del Dr. García Vicente.—Invitado por la Facultad de Medicina de Barcelona ha dado el día 11 del actual una conferencia el Dr. García Vicente, para exponer, teórica y prácticamente, el sistema por él descubierto para el lavado de los pulmones.

Concurrieron numerosísimos y distinguidos médicos barceloneses y muchos estudiantes de Medicina, llenando el aula más amplia de la Universidad.

Presidió el decano, quien cedió la palabra, para que hiciera la presentación del conferenciante, al Dr. Casadesús, quien ha dedicado al Sr. García Vicente calurosos elogios, explicando el desarrollo de sus demostraciones en la Facultad de Medicina de París.

El conferenciante desarrolló el tema de su disertación. El éxito obtenido por el Sr. García Vicente entre los médicos barceloneses ha sido muy grande, y, terminada la conferencia, sus colegas le han hecho objeto de una calurosa ovación, desfilando casi todos los médicos para estrechar la mano del ilustre doctor.

—El día 13 dió el Dr. García Vicente otra conferencia en el Hospital de San Pablo, asistiendo todos los médicos afectos a este establecimiento benéfico. En presencia de ellos verificó las diversas prácticas del sistema de lavado de pulmón, y contestó a las aclaraciones que se le pidieron, resultando la conferencia interesantísima.

Por la noche dió una conferencia en el Colegio Médico sobre «Terapéutica del tratamiento directo endobronquial», explicando el resultado obtenido hasta ahora y refiriéndose a las perspectivas que abre en este campo inexplorado la Medicina.

Finalmente, ha sido obsequiado con una comida, a la que han asistido más de 50 médicos profesores de la Facultad de Medicina y del Colegio Médico de Barcelona.

Ha recibido una invitación de los médicos y estudiantes zaragozanos para que vaya a Zaragoza a hacer unas demostraciones del sistema por él descubierto.

Exposición Internacional de Higiene.—Se llevan con gran actividad los trabajos de organización de la Exposición Internacional de Higiene, que va a celebrarse en Dresde de mayo a noviembre próximos.

Se dividirá la Exposición en cuatro grandes secciones: primera, científica; segunda, instalaciones de entidades;

tercera, sección internacional, y cuarta, sección industrial. La sección primera comprenderá los grupos: Eugenesia e higiene de la raza, La mujer como esposa y como madre, Enseñanza popular de la higiene, Higiene del trabajo y de las diversas profesiones, Exposición especial de «El Hospital», etc. La sección industrial abrazará los grupos: Cultura física, Aparatos para la higiene del trabajo y profesiones, Materias alimenticias, Vestidos, La habitación, Desinfección y defensa contra parásitos, etc.

Cursos y Cursillos.—El Dr. Hinojar ha organizado en la Clínica del Hospital Provincial un cursillo de Endoscopia con aplicación a la intubación laríngea y con extensión al diagnóstico y tratamiento para la difteria. Con el Dr. Hinojar actuarán en este curso los Dres. Hinojar (D. C.) y Moreno Vega. Las condiciones de matrícula se hallan expuestas en el Decanato del Hospital Provincial.

—En la primavera próxima se celebrará en Salamanca la semana del niño, en la que tendrá lugar un cursillo de conferencias a cargo de los Dres. Suñer, Firmat, Berástegui y Prada.

—En Béjar, y en fecha próxima, también se abrirá otro curso de conferencias antivenéreas con proyección de una película, y en Ciudad Rodrigo se establecerá un dispensario de la Comisión central.

El inspector provincial de Sanidad tiene el propósito de gestionar una enfermería Victoria Eugenia, de cuyo importe el 50 por 100 pagará el Estado.

También gestionará la ultimación de detalles para la creación de un dispensario antitracomatoso.

Instituto Hispanoamericano de Otorrinolaringología.—Consultas públicas (garganta, nariz y oídos).—Lunes, miércoles y viernes, de seis a siete de la tarde, por el Dr. A. G. Tapia H.

Martes, jueves y sábados, de nueve a diez de la mañana, por los Dres. Iruete y Martínez Andréu.

Excipiente inerte.—¿Qué le importan al gorrión los trinos del ruiseñor ni a éste las glotonerías del gorrión? Si no hubiera un ser superior, el hombre que estimara al uno o al otro, podría comprenderse la igualdad entre las aves.

Ich.

Lo bien ganado se pierde, y lo malo, ello y su dueño.
Cervantes.

Vigantol.—Al número presente acompañamos un prospecto del indicado producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a Productos Químico-Farmacéuticos, S. A., Apartado 724, Barcelona.

Helmitol-Hexofan.—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.

Paseos de un solitario. Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos y memorias de Carlos M.^a Cortezo. Precio de los dos tomos publicados 5 y 6 pesetas cada uno; para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO 8,50 pesetas los dos tomos.

LABORATORIO DE ANÁLISIS

Doctor Giral.—Catedrático y Académico.

Atocha, 35.—Teléfono 10028.—Madrid.

Orinas, esputos, alimentos, aguas, minerales, abonos, combustibles productos industriales, etc.—Tarifas gratis.

Hojas patentadas con gráficos y cuadros de composición.

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.488