

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO



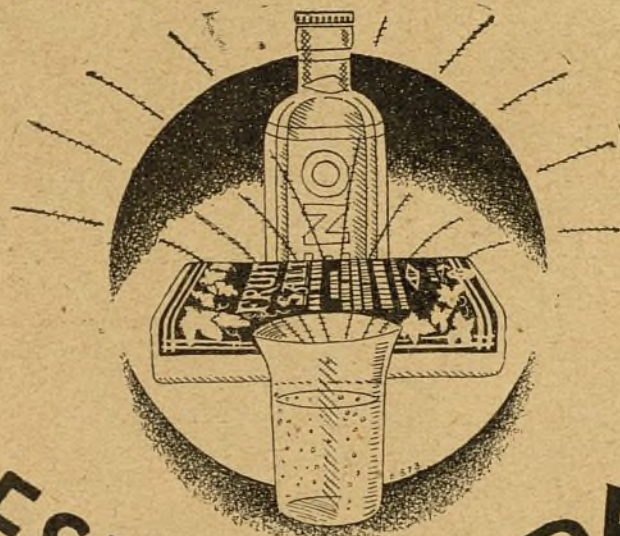
HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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



ALGO ESENCIAL PARA EL TRATAMIENTO DE LA COLITIS

En una conferencia sobre la Colitis, pronunciada recientemente en la Royal Society of Medicine, de Londres, el conferenciante, médico eminente, después de afirmar que «no hay fundamentos bastantes para asegurar que los llamados antisépticos intestinales actúen sobre el colon cuando se les administre por la boca», recomendó a todos los que alguna vez hayan padecido colitis procuren mantener *siempre* el vientre ligero, procurando que las deposiciones sean flúidas, para lo que usarán laxantes salinos o de parafina.

Están claramente contraindicados los purgantes minerales y vegetales, conocido su efecto irritante en los nervios de las células del intestino. No hay laxante que posea para su empleo regular las propiedades de «Sal de Fruta» ENO. Este efervescente salino, cuya acción se reduce al aumento del contenido acuoso intestinal, no produce acción irritante ni disolvente en las paredes del órgano ni sobre la secreción mucosa normal. Por esto no ocasiona dolor ni náuseas, condición que apenas es posible hallar en ningún otro.

UN FRASCO DE MUESTRA, GRATIS,

se enviará a todo médico que lo

solicite del Concesionario

FEDERICO BONET

Apartado 501.

MADRID

"SAL DE FRUTA" ENO

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras del Dr. Sejournet

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



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

RHOMNOL

(C⁴⁰ H³⁴ As¹⁴ P⁴ O⁷²)

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



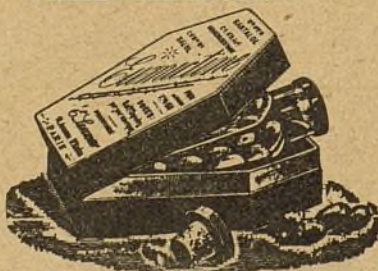
RHOMNOL

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

EUMICTINE

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

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NEO - RHOMNOL

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



NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estricnina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria. Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarsinato de sosa, 0,025 gramos.

2 comprimidos al día.

Completamente asimilable.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

El escólex es esférico y mide 250 a 300 micras de diámetro; en el rostrum tiene un solo círculo de 25 a 30 ganchos que miden 14 o 18 micras de longitud. El cuello es proporcionalmente largo; las proglótides son anchas, de modo que, a pesar de ser el animal pequeño, el número total de ellas es de 200, o poco menos; los huevos miden 40 a 46 micras, y la oncosfera de 16 a 18, con doble cápsula.

Se encuentra en toda Europa, en el Norte de Africa, en Asia y en ambas Américas. Se encuentra en la segunda mitad del intestino delgado, hasta la válvula iliocecal. El número de parásitos que existen en cada huésped es siempre elevado, pudiendo llegar a contarse por millares. En este último caso, al lado de los síntomas corrientes del parasitismo se presentan trastornos nerviosos importantes que pueden terminar en ataques epilépticos. No se conoce bien el ciclo vital. Probablemente, el huésped intermedio es un artrópodo. Aunque Grassi supone que el desarrollo es directo, o sea que el cisticerco se desarrolla en las vellosidades intestinales del propio individuo que tiene la tenia adulta, esta opinión no ha hallado adeptos.

Hymenolepis diminuta. Tiene un escólex pequeño, piriforme e inerte, con ventosas pequeñísimas pero profundas. Mide 20 a 60 centímetros de longitud y $3\frac{1}{2}$ milímetros de anchura. El número de proglótides oscila entre 600 y 1.000. Los huevos tienen un diámetro medio de 70 micras. Vive en el intestino de los topes, de las ratas y a veces también en el del hombre. El cisticerco se encuentra en las larvas y en los animales adultos de varias clases de insectos, entre ellos el *asopia farinalis*, cuya larva vive en la harina y por lo visto el hombre se infecta comiendo pan mal cocido.

El género *Davainea* tiene el escólex redondo, el rostrum armado de dos filas de ganchos. Las ventosas también están armadas, o sea que llevan en sus bordes varias filas de ganchos. Son tenias muy frecuentes en los perros pequeños.

La *davainea Madagascariensis* mide 25 a 30 centímetros de larga; sus ventosas son redondas y grandes; el rostrum lleva 90 ganchos, los cuales miden unas 18 micras de longi-

tides se hallan en estado de segmentación avanzada y el embrión exacanto u oncosfera se encuentra ya formado. Una vez al exterior, los huevos pueden resistir un tiempo variable si no se hallan en terreno seco ni expuestos a la acción directa de los rayos del sol. En medio de la hierba, es decir, a la sombra y con la humedad, resisten bastante. Incluso cuando las proglótides entran en putrefacción pueden los huevos, envueltos en su cápsula, mantener el embrión exacanto vivo durante otro tanto tiempo como se hubiera mantenido en la proglótide.

Hasta dentro del huevo el embrión se encuentra nuevamente defendido por la membrana propia que le envuelve. Ingeridos estos huevos con los vegetales por diferentes mamíferos, especialmente por el cerdo, llegan al estómago y de allí van a su lugar definitivo de asiento, adquiriendo la forma larvaria o cisticerco. Se le ha encontrado en el jabalí, en la oveja, ciervo, perro, gato, oso pardo, varias especies de simios y en el hombre. Esto la larva. En cambio, la tenia adulta es exclusiva del intestino delgado humano.

El embrión u oncosfera, una vez que ha llegado al estómago del huésped, se abre paso a través de la mucosa y circula por la sangre para acabar, fijándose en el tejido conectivo intermuscular. Aquí es donde la oncosfera se transforma en larva, llamada *cysticercus cellulosae*. Sin embargo, no es excepcional que se localice la larva en otras partes del cuerpo. El *cysticercus cellulosae* tiene la forma de una vesícula de color blanquecino y forma ovoidea, de 6 a 20 milímetros de larga por 5 a 10 de ancha. La presencia de estas vesículas ha hecho que se dé el nombre de carne percudida a los músculos del cerdo infecto. Ya a simple vista se percibe un punto de depresión de la vesícula que corresponde a la inserción del cuerpo de la larva en la pared del quiste. La estructura de la larva, propiamente dicha, recuerda mucho a la del extremo anterior del parásito adulto, es decir, del escólex y del cuello. Conviene tener presente que dicha depresión conduce a un profundo fondo de saco y que en el interior de este saco se encuentra la larva, pero implantada en la pared exterior de la vesícula, no en el interior

de su cavidad. Por este motivo, cuando se comprime con los dedos dicha vesícula por el hemisterio opuesto a aquel en el que la depresión se encuentra, es fácil hacer salir la larva llamada protocólex, de modo semejante a esos juguetes formados por una pelota de goma que, comprimida, hace salir partes invaginadas en ella.

Cuando el hombre come carne perlada cruda o poco cocida, se infecta de cisticercos, los cuales, una vez que han llegado al estómago, se evaginan y pasan al intestino delgado, a cuya mucosa se fijan fuertemente por las ventosas y por los ganchos. Progresivamente se va desarrollando hasta adquirir los caracteres de la tenia adulta. Las proglótides que forman están tanto más maduras cuanto más lejanas se encuentran del escólex. Según hemos dicho ya, el *cycticercus cellulosae* del escólex. Según hemos dicho ya, el *cycticercus cellulosae* no se puede transformar en tenia solium adulta más que en el intestino del hombre. Es corriente que no exista en el sujeto parasitado más que un ejemplar, pero puede haber muchos, a veces hay hasta sesenta. De todos modos este parásito va siendo cada vez más raro, porque se generaliza la costumbre de analizar detenidamente la carne en el matadero, y porque sabiendo el peligro que tiene su ingestión en crudo, se va abandonando más tan antihigiénica costumbre. Una vez que la oncosfera ha llegado al estómago del cerdo, y desde éste a su lugar de asiento definitivo, necesita una evolución para llegar al estado de cisticercos que dura dos o tres meses. Los que se infectan con más facilidad son los lechones. En cuanto a la resistencia vital de los cisticercos, parece ser muy grande, incluso de varios años; sin embargo, ocurre con frecuencia que los cisticercos degeneran y acaban transformándose en un núcleo de sustancia calcárea. Una vez que el cisticercos se ha fijado en la mucosa del intestino del hombre necesita también un período de más de dos meses hasta haber desarrollado la tenia adulta, o sea hasta que empiezan a eliminarse proglótides por el ano. La vida del gusano adulto es muy larga, y si no se le expulsa entero, incluso el escólex, por medio de los vermífugos, la expulsión de proglótides puede continuar durante varios años. La infección del hombre por el cisticercos no

8 a 16. Su diámetro es aproximadamente de 40 micras, en tanto que la oncosfera mide 25 a 30. Esta tenia abunda mucho en el yeyuno del perro, del asno y del gato. No es rara en el intestino del hombre.

El cisticercos, llamado *cryptocystis trichodectis*, se diferencia de los demás cisticercos porque posee una expansión caudal. Se encuentra invaginado el embrión de forma que el protocólex, con sus ventosas y su pequeño rostrum armado, se encuentra vuelto hacia la extremidad caudal. Este cisticercos vive en la cavidad del cuerpo del piojo y de la pulga del perro (*trichodectes canis* y *etnocephalus canis*, respectivamente) y también se le encuentra en el interior de la pulga del hombre o *pulex irritans*.

El hombre, especialmente los niños, se infectan alguna vez porque del trato con los perros pueden ingerir alguno de los piojos o de las pulgas de este animal, pero esta forma debe ser poco probable. Lo más corriente es que se infecten acercando su cara al hocico o dejándose lamer la cara por perros que tienen los pelos inmediatos al hocico cargado de trozos de pulgas infectadas. En cuanto al perro y al gato se comprende que se infecta por la gran costumbre que tienen estos animales de lamerse y aun de frotarse la piel con los dientes para rascarse, de modo que tragan pulgas, las cuales se infectan de las proglótides expulsadas por el ano con las materias fecales y que abundan bajo la tumba de los perros de aplicar los unos el hocico a los órganos genitales de los otros también favorece la infección. El género *hymenolepis*, de la propia familia taenia, se distingue por el escólex pequeño; el rostrum puede ser armado o inerme, las proglótides más anchas que largas, los poros genitales se encuentran todos hacia el mismo lado. La variedad más importante es el *hymenolepis nana*. La variedad taenia nana. Con ser la más pequeña de las tenias del hombre es la más temida, y con razón. Mide 10 a 15 milímetros de longitud y, por excepción, llega a los 20 o a los 25, su anchura es de medio milímetro, o muy poco más.

Biblioteca de **EL SIGLO MEDICO.—MONOGRAFIAS**

He aquí los sumarios de las seis publicadas:

I HEMOPTISIS TUBERCULOSAS Y NO TUBERCULOSAS

POR EL
DR. J. VALDÉS LAMBEA

SUMARIO

Advertencias y dedicatoria.—Introducción.—Hemoptisis verdaderas de naturaleza no tuberculosa.—Las hemoptisis en las bronquitis, en las broncoectasias y en el enfisema.—Hemoptisis debidas a distintos procesos infecciosos.—Las hemoptisis de los tuberculosos.—Patología y patogenia de las hemoptisis tuberculosas. Clases de hemoptisis y tipos de hemoptoicos.—Tratamiento de las hemoptisis.—Tratamiento de las hemoptisis por la compresión pulmonar.

II LA DEMENCIA PRECOZ Y SUS MANIFESTACIONES CLÍNICAS

POR EL
DR. A. VALLEJO NAGERA

SUMARIO

Prólogo.—Capítulo primero: Concepto de la demencia precoz.—Capítulo II: Los factores constitucionales de la demencia precoz.—Capítulo III: Los síntomas fundamentales de la demencia precoz.—Capítulo IV: Los síntomas accesorios de la demencia precoz.—Capítulo V: Cuadros clínicos de la demencia precoz incipiente.—Capítulo VI: Episodios esquizofrénicos agudos.—Capítulo VII: Formas clínicas, curso y terminaciones de la demencia precoz.—Capítulo VIII: Etiopatogenia de la demencia precoz.—Capítulo IX: Tratamiento de la demencia precoz.

III DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS DERMATOSIS MAS FRECUENTES

POR EL
DR. JAVIER M. TOMÉ Y BONA

SUMARIO

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

IV LOS PROBLEMAS CLÍNICOS DE LA ÚLCERA DEL ESTÓMAGO

POR EL
DR. FIDEL F. MARTINEZ

SUMARIO

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

V LA BLENORRAGIA AGUDA Y SU TRATAMIENTO

POR EL
DR. A. PULIDO MARTIN

SUMARIO

Definición de la blenorragia.—Su importancia.—La blenorragia, etimológicamente.—Uretritis no gonocócicas.—Uretritis postgonocócicas.—Uretritis anormales.—Cada caso debe interesarnos científicamente.—El gonococo que debe conocer el médico.—Otros gérmenes parecidos al gonococo.—Cultivos del gonococo.—Busca del gonococo en sus recovecos.—Valor diagnóstico de los gonococos intraleucocitarios.—Boceto clínico de la blenorragia aguda.—Cistitis.—Prostatitis.—Vesiculitis.—Epididimitis.—Funiculitis.—Notas terapéuticas.—Régimen de vida y dietético del blenorragico en período agudo.—Tratamientos brutales y tratamientos racionales.
Nota. No podemos dar todo el sumario por ser muy extenso.

VI EL MÉDICO RURAL ANTE LAS DISTOCIAS MAS FRECUENTES

POR EL
DR. VITAL AZA

SUMARIO

Distocias.—La parturiente sangra.—Hemorragias atónicas, después de la salida de la placenta.—El médico es llamado porque la parturiente tiene convulsiones, «ataques».—La parturiente no tiene dolores, o siendo, por el contrario, éstos muy fuertes y violentos, el parto no progresa.—Los dolores son muy fuertes, muy seguidos, y a pesar de eso el parto no progresa, «la mujer no para».—El médico es llamado porque por los genitales de la parturiente asoma o «cuelga» algo extraño.—El médico es requerido porque el parto, como tal espontáneo y feliz, coincide con algún proceso patológico que subraya de gravedad, lo que obstétrica-mente no la tendría.

Las obras están **ENCUADERNADAS**
El tamaño de 16 X 12, con 128 páginas.
El precio, **SEIS REALES**

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, 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 analgésicas y antirreumáticas se logra obtener grandes resultados terapéuticos con una mínima cantidad de medicamento.



Preparada esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri en su Laboratorio, Provoitza 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:
LECZINSKI & C^a
67, Rue de la Victoire
Paris

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

LIPIODOL LAFAY

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



EUMILK

(Leche en polvo).

20 %, 12 % y 0'00 %
de crema.

Inmejorable para el niño en su época de lactancia. Alimento y medicación en los trastornos del aparato digestivo, tanto del niño como del adulto.

M. MARTINEZ DE HUETE

Consejo de Ciento, 304. — Teléfono 10.438.

BARCELONA

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA. - ARTE. - CRÍTICA

— AMENIDADES —



29 III 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.

El legendario pueblo cuna de Dulcinea.

Nada más atrayente que llegarse a los lugares en que el genio dejó sus huellas, merced a las cuales esos sitios se han rodeado de leyendas que ponen una nota melancólica en el ánimo al pensar que

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar á nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

son pasados tiempos de grandezas que se pierden en lejanía infinita. Y entre esos lugares ninguno como El Toboso ofrece al que le visita más tipismo, tan atrayentes tradiciones. Porque lo que más subyuga en ese pueblo son las leyendas sobre el personaje cervantino, representación la más genuina del eterno ideal. Porque decir Dulcinea es decir mujer creada por los más tiernos afectos del alma; es decir amor, es decir ideal.

Y solamente para rejuvenecer ese ideal debe llegarse a El Toboso en busca de Dulcinea. Más afortunados que Don Quijote, la hallaremos, porque la dama que debemos buscar es la espiritual Poesía, y ella palpita en aquellas callejas solitarias, en las piedras de sus edificios, que han dorado los elementos, en las narraciones misteriosas de que se rodea el pueblo, y, más que en nada, en el espíritu de los toboseños, cortado al igual que el del mismo Don Quijote. Puede más en ellos lo imaginativo que lo real; quieren un pueblo que Dulcinea no lo troque por el Londres de Oriana, y como lo desean, lo tienen y logran que sea para los demás.

Pero para hallar esa dama es preciso prepararse. Si pasaron ya las flores rosadas de la juventud y se ha gustado el acibar de la vida, hay que rodearse de ilusiones renacidas, crearse un estado

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

idealista que nos vuelva a tiempos que, perdidos, más nos parecen creaciones, hechas por nuestra fantasía en los espacios imaginarios, que viejas realidades. Si por el contrario, no llegó aún a su ocaso el sol que sonrosa la primavera de la vida, lleguemos a buscarla con el anhelo de vigorizar nuestras ilusiones, que nos harían seres sobrenaturales si la triste realidad no las truncara.

Sobre una leve ondulación de la lla-

nura manchega, como centro de una inmensa circunferencia que limita cielo y tierra en apretado abrazo, se levanta El Toboso. Sigamos adelante por la cinta blanca que ha abierto el progreso, festoncada por el mar esmeralda que semejan sus verdes trigales. Allí en la lejanía se divisa su esbelta torre parroquial, que incrusta su cruz en el claro azul. Es la trasmisora de las oraciones de los fieles, la torre del dominio en el alcázar de la fe. Más lejos aún algún molino, puestos en movimiento sus gigantes brazos, quiere rasgar las entrañas de la tierra y el terciopelo del cielo.

Llegáis a El Toboso. Pero antes de pasar cortad las ligaduras que os unen a la materia. ¿No hubiera encontrado a Dulcinea su caballero si no se hubiera acompañado de Sancho? Por los mismos pasos de ellos seguid adelante en la callejuela sombría, en la que una hornacina, con la Virgen, parece decir que en aquellas soledades se juraron cariño eterno los amantes antes de partir él a la defensa de la Cruz y de la Patria. Pronto tropezaréis con una mole ennegrecida que puso temor en el ánimo de

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

Don Quijote. Es la iglesia parroquial, que, si más tarde visitáis, os admirará por su grandiosidad.

Seguid después un misterioso impulso que os empujará hacia un callejón, en el que, si no veis un labrador que ignore si hay princesas principales en el pueblo, encontraréis, por el contrario, algún caballero que galantemente se os ofrece para servirlos de guía. Y pronto os referirá la tradición que se conserva como dogma de fe de un hecho en el que fué el héroe Cervantes.

Hallábase en esta villa y sintió los dardos que, certeros, arrojárale el niño alado. Sintió el calor de las llamaradas amorosas y cargóse, confiado, de los dorados eslabones que, esclavizando, acarician. Pensó, como su Persiles, que el amor todo lo vence y dióse al cariño de una mujer que, riquísima por su abo- ligo aunque pobre por su fortuna, jamás se hubiera rebajado a amar al que para ella no dejaba de ser villano. ¿Podría repararse en aquella época en que la nobleza es dada más que por la sangre por el corazón y el cerebro? Pronto hubo de reconocer Cervantes lo peligroso que es amar señoras principales. Porque en ese mismo callejón, que, entonces, como

hoy, era llamado de Mejía, hubo de apostarse D. Rodrigo de Pacheco, amante de la dama, y dejóle maltrecho por su atrevimiento.

Pero, mientras avanzáis a la casa de Dulcinea, observad el calor con que, fundamentándose en este hecho, defiende cualquier toboseño, que esto bastaría para la dualidad de Dulcinea, que tan

TREPONEMOL SÍFILIS

necesaria es al espíritu de la obra de Cervantes. Hallan en Ana, rica de abo- lengo, descendiente de reyes y ufana de su sangre, a la mujer que Don Quijote creyó reina de cetro y corona en casa de los duques, y a la cual Cervantes, quizá involuntariamente y aun a su despecho, hubo de tributarle frases saturadas de fragancias poéticas que inspiraran las reminiscencias de su amor, amor callado, pero no muerto. En la de precaria situación económica adivinan a la que creó Sancho con su socarronería, o mejor aún, el despecho y los celos de Cervantes.

Habéis cruzado entretanto la plaza del pueblo, en que el Ayuntamiento, de nueva fábrica, desdice del carácter que le da la iglesia. Habéis llegado a la casa de Dulcinea, a la mansión del más célebre personaje literario, al que debía ser monumento a la mujer de todos los tiempos y todos los pueblos. Pero la casa está abandonada. Se ha hecho hasta hoy poca oposición a la obra demolidora de los elementos. Ante aquellos muros que tan fuerte hablan al espíritu de raza, crece y se aumenta la diferencia existente entre la mujer que ha trazado la fantasía toboseña y la que pudiera habitar aquel palacio. Es ésta prosa, carne, realidad, pesadumbre, tortura... Aquella, poesía, luz, ficción, encanto, placer... Es la creada por Sancho, la una,

CARABAÑA: el mejor purgante.

y a otra la que viera Don Quijote, llena de entusiasmos la mente y de fuego su corazón.

Visita obligada es la de la Biblioteca Museo Cervantino. En ella hay millares de volúmenes, logrados por el tesón de un hombre que cree rendir el más justo homenaje a Cervantes, vertiendo luz en las inteligencias y paz en los espíritus con la lectura. Figuran en ella centenares de Quijotes y, entre ellos, muchisi-

mos vertidos a la mayoría de los idiomas de Europa, los que han sido donados por entusiastas de dichos países. Consérvanse también en ella las pruebas de una campaña que hoy está llenando de honra a El Toboso y que, de no lograrse, llenará de gloria a España.

Si queréis después recrear vuestro espíritu con ideales visitad la glorieta. Crecen en ella toda clase de flores y, como queriendo reflejar el espíritu del pueblo que ha sentado sobre sus tradiciones rancias sus ideales, juntos se levantan el Monasterio de Trinitarias y el

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

Grupo escolar Cervantes, hoy en construcción. Y entre las mismas rosas, que dicen pasión, y las azucenas, que dicen pureza, las que aromatizan el ambiente y enardecen a la juventud, levántase un molino que quiere representar la esencia de la vieja Mancha, y abre sus amorosos brazos como saludando a la sociedad que progresa.

Y este es, a grandes rasgos presentado, el pueblo que mecía la cuna de Dulcinea, y en el que Pérez Galdós halló sensaciones jamás gustadas, y del que decía Reyes Prosper que debía ser visitado por todos los nacionales pudientes y cuantos turistas extranjeros arribaran a España. Pero conste que antes de pasar a su recinto deben romperse las ligaduras que nos atan a la materia, porque la dama Poesía no puede ser vista sino por los ojos del espíritu.

JAIME OLMO M. PANTOJA.

PERLAS CÉLEBRES

Aparte de la famosa perla que, según la tradición, Cleopatra bebió disuelta en vinagre en honor de Marco Antonio, se conserva memoria de otras no menos célebres. Julio César poseyó una que estaba valuada en un millón de sextercios, equivalentes a unos cinco millones de pesetas.

El Sah de Persia es dueño de una hermosísima, por la que pagó diez millones de reales.

El Emperador Rodolfo II lucía en su corona de ceremonia una que tenía la forma y el tamaño de una pera y que pesaba 30 quilates.

La más grande del mundo es la que se custodia en el Museo Victoria y Alberto (Inglaterra). Su peso es de tres onzas, pero su forma es bastante irregular.

Otra perla, magnífica también, es la conocida con el nombre de *Pellegrina*; este ejemplar, que se halla en el Museo Zosina, de Moscú, procede de la India y pesa 28 quilates.

Kelatox: Sedante atóxico.

LOS EGOÍSTAS son hombres capaces de quemar la casa del vecino para freír un huevo en el incendio.

TODA HARTURA es mala, pero la del pan la peor.

ACADEMIA DE CIENCIAS DE PARIS

M. Emile Picard, de la Academia francesa, secretario perpetuo de la Academia de Ciencias, ha anunciado a sus compañeros que acaba de recibir de M. Georges Lakhovsky la suma de 20.000 francos para la Sociedad de Socorros de los Amigos de las Ciencias, de donde es presidente.

M. Georges Lakhovsky no limita sólo a este punto su ayuda a nuestros sabios. Sosteniendo el deseo de M. Emile Picard, manifestado el 12 de Junio último en la sesión anual de la Sociedad de Socorros de los Amigos de las Ciencias, deseo referente a remunerar el espíritu de invención y las ideas científicas que ulteriormente conducen a una realidad práctica, M. Lakhovsky quiere crear un Instituto con laboratorios técnicos, en el cual los sabios ampliamente remunerados puedan trabajar y sacar provecho a todo lo de su invención.

El duque de Broglie ha comunicado una nota de MM. Juan Thibault y

ELIXIR BERTRAN

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

J. J. Trillat sobre los fenómenos de difracción de los rayos X a través de los líquidos; M. Bheal, un trabajo de Masoret y Herpin sobre la dosificación de las sustancias nitrogenadas en los sueros; M. Maugin, una Memoria de Brocq Roussen y Roussel y de Mme. Guvrewka sobre la relación del poder hidratante de la amilasa del suero de caballo a las proteínas séricas.

M. Mesnil, del Instituto Pasteur, ha señalado una experiencia de Nicolle y Anderson verificada sobre el hombre, y demostrando que el espiroquete encontrado en las garrapatas de las madrigueras de Marruecos es capaz de determinar una fiebre recurrente típica con accesos sucesivos; este espiroquete no difiere, por consiguiente, del espiroquete español transmitido por el mismo omítide, y Nicolle y Anderson concluyen que los espiroquetes recurrentes marroquíes del grupo hispánico no son, pues, separables en especies.

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCÍ - PISA

EL VINO tiene un valor alimenticio de primer orden. Sin duda que el «vino-alimento» no es un alimento muy económico; pero las cien calorías de vino no cuestan todavía más que 30 céntimos, lo que es más que las cien calorías de pan (0,08), pero mucho menos que las cien calorías de carne.

Por su composición química, su valor alimenticio y nutritivo y su no toxicidad a dosis racional, «puede considerarse el vino como un alimento y como un alimento sano». A la fórmula clásica: «El alcohol mata», oponemos esta otra: «Un vaso de buen vino natural no ha hecho nunca mal a nadie, ni a la salud ni a la bolsa.»

LOEPER Y ALQUIER.

Ayuntamiento de Madrid

EL ENFERMITO

El médico.—¿Es aquí donde hay un niño enfermo?

La señora.—Aquí es, doctor; pase usted. Es mi hijo. No sé qué le ocurre al pobrecito que desde esta mañana no hace más que caerse.

El médico.—¿Que se cae?

La señora.—Sí, señor, en cuanto lo pongo de pie se cae al suelo.

El médico.—¿Es extraño! ¿Qué edad tiene?

La señora.—Cuatro años y medio.

Lactofitina: reconstituyente infantil

Ayer estaba perfectamente. Pasó la tarde corriendo como un gamo, y esta mañana lo levanté de la cama, le puse las medias y los pantalones, y en cuanto lo puse en el suelo se cayó.

El doctor.—Daría un mal paso.

La señora.—Lo mismo creí yo; pero no es eso, porque lo levanté en seguida y volvió a caerse, y así siete u ocho veces. En cuanto lo levanto y va a andar se cae al suelo.

El doctor.—Repito que es muy extraño. Traígame al enfermito.

(La señora va a buscar al niño y vuelve con él en brazos. El aspecto de la criatura no pudiese más saludable. Lleva pantalones y un delantalito lleno de crema seca de pasteles.)

El médico.—¡Está sanísimo este chico! Póngale en el suelo.

(La madre obedece. El niño cae.)

El médico.—Otra vez.

(El niño vuelve a caer; y repetida la experiencia varias veces, otras tantas vuelve a caerse la criatura.)

El médico.—Es un caso extraordinario. (Al niño.) ¿Te duele algo, rico?

Totó.—No, señor.

El médico.—¿No te duele la cabeza?

Totó.—No, señor.

El médico.—¿Has dormido bien esta noche?

Totó.—Sí, señor.

El médico.—¿Tienes hambre?

Totó.—Sí, señor.

El médico.—Perfectamente. (Seguro ya del diagnóstico.) Es un caso de parálisis.

La señora.—¡Para...! ¡Dios mío! (Levanta los brazos al cielo y el niño cae.)

El médico.—Sí, señora; parálisis completa de los miembros inferiores. Usted misma va a ver cómo no hay sensibilidad en las piernas del enfermo.

(Se dispone a hacer la experiencia indicada, y de repente hace un gesto de extrañeza.)

—Pero señora..., ¿qué me cuenta usted con la enfermedad de este crío?

Poderoso reconstituyente: BIOPLASTINA SERONO

La señora.—Doctor, usted mismo ve que no puede dar un paso.

El médico.—¡Naturalmente, señoría! Como que le ha metido usted las dos piernas en la misma pernera del pantalón!

GEORGES COURTELINE.

SIGUE A LA PAGINA XVI

UVA DE MOSCATEL

EN

MERMELADA

¡He aquí un producto nuevo!

¡Una preparación excelente!

¡Un alimento sano y completo!

¡Un preparado único!

En las diversas aplicaciones que tiene la uva, faltaba sólo la que ahora acaba de perfeccionar una Casa española: **MERMELADA DE UVA MOSCATEL**

Todos conocen las propiedades de alimentación de las uvas en distintas formas. También se saben las ventajas que proporcionan los productos en mermeladas. Si unimos los dos beneficios, nos resulta uno completo, útil para la alimentación de sanos y enfermos. De fácil digestión, de nutrición segura, de tónico regulador y asimilador de alimento.

Hablando, entre otras cosas, de este producto, dice el Dr. Cortezo, en carta particular:

«Respecto a mi opinión acerca del exquisito producto que resulta de las uvas al natural y en forma de mermeladas, yo no le diré si no que desde mi comunicación al primer Congreso Médico de Sevilla en 1876, con mi trabajo y observaciones clínicas acerca del tratamiento del escorbuto y la púrpura hemorrágica por la entonces llamada cura de uvas, he seguido siempre con vivo interés todo cuanto se ha escrito acerca de las aplicaciones dietéticas y terapéuticas de este exquisito fruto, para mí incomparable e históricamente famoso para todos los que se ocupan de historia, de fisiología e higiene.

Las nuevas ideas y teorías acerca de las vitaminas, vienen a ser, a juicio mío, una comprobación de lo que empíricamente recomendaba y usaba yo en la fecha relativamente remota a que me he referido.

Hoy, como entonces, creo que de todas las frutas es la uva la más sana y provechosa en la dietética normal y el preparado que hoy se presenta en forma de selecta y perfecta mermelada no es solamente el postre más gustoso y asimilable, sino un producto perfecto que tendrá cada día más amplias aplicaciones.»

La preparación es perfecta con todos los adelantos higiénicos. No contiene otros productos que un 34 por 100 de azúcar refinado y 63 por 100 de uva pura de moscatel, escogida y preparada de antemano.

Para pedidos al por mayor, dirigirse a

SRES. IVARS MOLL

BENISA (Alicante), ESPAÑA

En Madrid se encuentra el preparado en los siguientes depósitos:

Casas de D. Segundo Iñiguez:

Zorrilla, 11 y Ayala, 13.

Casa de D. Florencio Sacristán:

Carmen, 39.

Casa de D. Dionisio Calle:

Alcalá, 177.

Casa de D. Emilio Valle:

Hermosilla, 115.

Casa de D. José Llanos:

Palma, 4.

O solicítase del representante general para Madrid: **D. CLEMENTE YANGUAS LLORENTE**
Zamora, núm. 2 (Puerta del Angel), Teléfono 74.344.

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA
Lenta y duradera
POR LA

NÉO-RIODINE
RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

*Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable*



44 % de yodo

*En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.*

La caja de 50 ampollas se vende a precio reducido para los Señores Médicos, los Hospitales y las Clinicas.

*Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.*

Compuesto químicamente
definido y estable

$(C_{15}H_{33}O_3)_3 (IH)_2 C_3H_5$

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



*Cada perla representa la acción
terapéutica de 20 centigramos de
yoduro alcalino.*

Laboratorios P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanch.—PARIS (16^e) (Francia).
Sucursal en España: 129, calle del Bruch. — BARCELONA

EN EPILEPSIA

ES ALGO DEFINITIVO EL TRATAMIENTO CON

LAUREAL PELLETIER

Sal sódico-magnésica de la feniletilmalonilurea.
Copiosa experimentación clínica con éxitos brillantes.
Sin bromuros.

MEJORA EL ESTADO MENTAL DEL ENFERMO.—No se presentan síntomas de amnesia, obnubilación ni somnolencia.

En resumen, después de muchos ensayos clínicos, se ha demostrado que el LAUREAL PELLETIER es completamente inofensivo.

POSOLOGÍA.—El LAUREAL PELLETIER se presenta en dos dosis: **Dosis fuerte** (15 centigramos por sello) y **Dosis débil** (5 centigramos por sello).

TOLERANCIA PERFECTA.—No se acumula en el organismo, siendo eliminada diariamente la dosis ingerida. Ni estados saburrales. Ni intolerancia gástrica alguna se presenta jamás con la administración prolongada del LAUREAL. No es preciso hacer pausas ni usar laxantes. **Dosis fuerte:** Cachets de 15 centigramos, uno, dos o tres cada noche al acostarse según intensidad de los ataques. **Dosis débil:** Cachets de 5 centigramos. Esta dosis es para niños o adultos en período de descenso de los ataques.

PIDAN MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIO PELLETIER.—Apartado de Correos 200.—MADRID

Teléfonos 40.331 y 54.760.

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.

NÚMERO ESPECIALIZADO

FIMATOLOGÍA GENERAL

Redacción del Dr. VALDÉS LAMBEA

Jefe de los Servicios de Fimatología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

TRABAJO ORIGINAL

FIMATOLOGÍA GENERAL

Los orígenes de contagio y los distintos tipos de bacilos. La tuberculosis de los animales. Eliminaciones de bacilos. (1)

Podemos admitir que los bacilos encontrados en las lesiones tuberculosas de los mamíferos y los que eliminan con los productos patológicos el hombre y los animales son variedades resultantes de un tronco único. De éste, por adaptaciones sucesivas, han salido los distintos tipos que conocemos actualmente, y a estas alturas nos encontramos con que el bacilo humano está especialmente capacitado para hacer enfermar al hombre y el bovino para ser patógeno para el buey, sin que podamos asegurar que el humano carezca de virulencia para el buey y que el bovino no sea capaz de hacer enfermar al hombre. Podemos establecer, y esto tiene, como se comprende, extraordinario interés práctico, que el bacilo humano, el tipo humano, como se dice manejando la nomenclatura corriente, es el principal agente que interviene en la difusión de la tuberculosis humana a través del mundo, y hemos de mirar al hombre enfermo de tuberculosis y a los productos que provienen de él como los agentes trascendentales en la difusión de la enfermedad, sin que esto quiera decir ni mucho menos que las vacas y otros animales portadores de lesiones producidas por el bacilo bovino carezcan de importancia como elementos de contagio.

Los investigadores de todos los países despliegan para estudiar los tipos de bacilos aislados de los hombres enfermos una constancia y un tesón enormes. En principio puede afirmarse que la tuberculosis cró-

nica humana es producida por el bacilo tipo humano, y, desde luego, en los esputos de los tuberculosos es este tipo el que se aísla casi siempre. El bacilo ácidorresistente de Koch, tipo humano, es el agente de la afección tuberculosa crónica del hombre actual, verdadero síndrome de inmunidad, de relativa resistencia, resultante final de la recíproca adaptación del hombre al bacilo y del bacilo al hombre.

W. Park y Krumwiede han reunido 1.224 observaciones hechas en distintos países, sacando como consecuencia que la tuberculosis pulmonar es rara vez producida por el tipo bovino, aislando el tipo humano de casi todos los enfermos. H. Kossel, que ha estudiado distintas estadísticas, concluye que de 832 casos de tuberculosis pulmonar (estudios hechos sobre los esputos) se aisló el humano 826 veces. A resultados parecidos llegan otros autores.

PODER PATÓGENO DEL TIPO HUMANO PARA LOS ANIMALES

Algunos experimentadores han sostenido, y a veces con tesón extraordinario, que el bacilo aislado del hombre no es patógeno para el buey. Puede afirmarse, sin embargo, que es posible conferir la tuberculosis a los bóvidos con muestras aisladas de lesiones humanas. No se trata, como quería Koch, de dos especies distintas, sino de una sola especie diversamente adaptada.

Inoculando Koch bóvidos con bacilos humanos, no pudo conseguir que enfermasen los animales de tuberculosis generalizada, y sólo consiguió la producción de abscesos locales, concluyendo que para las vacas el bacilo humano vivo se conducía como el bacilo muerto. De estos estudios se desprendía una consecuencia importante: que en la lucha contra la tuberculosis los esfuerzos habían de concentrarse sobre el tipo humano. Opiniones como ésta han sostenido otros autores, como Kossel, Weber y Heuss.

Desde luego, el bacilo aislado de los bóvidos es especialmente patógeno para éstos; pero operando en

(1) Lección dada en el Servicio de Fimatología del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

ciertas condiciones se puede conseguir, con el bacilo humano, infectar a las vacas. V. Behring las ha infectado con el bacilo humano por vía intravenosa, y otros autores las han infectado por vías subcutánea, intraocular, intraperitoneal. La resistencia de los bóvidos frente al bacilo humano se pierde en determinadas circunstancias (debilitación del animal), y se observa que ciertas muestras de bacilos con los caracteres del humano son aptas para conseguir que los animales padezcan lesiones generalizadas, mientras que no es posible llegar a este final con otras muestras sólo capaces de producir abscesos locales.

Ya Chauveau en 1868 consiguió infectar a las terneras con productos humanos, y el hecho se ha repetido usando cultivos, esputos, materiales de las lesiones de los pulmones o de los ganglios, empleando, como hemos dicho, distintas vías y, en general, fuertes dosis de materiales virulentos.

Ciertos hechos experimentales confirman la afirmación anterior: que el humano y el bovino son resultantes de la adaptación de un tronco único. La Comisión Real Inglesa aisló un bacilo tipo humano poco virulento al principio para el buey, consiguiéndose a la postre, tres pases sucesivos, que adquiriese los caracteres del tipo bovino y que aumentase su virulencia para el conejo, que es para el bovino el animal de elección. Abandonando en el peritoneo de un animal, en saco de colodión, una muestra de un tipo cualquiera se consigue adaptarla y hacerla patógena para él.

Enfocando estos asuntos desde un punto de vista biológico superior, podemos pensar que del mismo modo que los componentes, en sentido químico, del animal impresionado por un antígeno bacteriano se modifican por reacción defensiva y se producen en el cuerpo de dicho animal nuevos componentes específicos, a veces denunciados por reacciones biológicas (aglutininas, precipitinas, reacción de Abderhalden, etcétera), resultando que el individuo químico no es el mismo que era después de ser impresionado por la bacteria, así el individuo químico bacilo se modifica también al ser impresionado por los elementos que el huésped en su obra defensiva produce. Han de existir, sin duda alguna, diferencias químicas profundas, no solamente entre el bacilo del hombre y del buey, sino, sin salirnos de los límites de la raza humana, entre el bacilo que vive en un enfermo y el que vive en otro, entre el bacilo aislado de las primeras lesiones de un sujeto y el aislado al final de una afección muy prolongada, entre el bacilo causante de una tuberculosis aguda en un sujeto vigoroso de país virgen y el que aislamos de los esputos de un tuberculoso crónico habitante en un país muy castigado por la infección. Estas diferencias químicas que podemos admitir entre las distintas muestras bacilares se traducen lógicamente por distintos caracteres patógenos, de cultivo, etc., y tales distingos permiten hacer una deducción práctica importante: que para inmunizar activamente a un animal, a un tuberculoso en

nuestro caso, debemos emplear los antígenos obtenidos con bacilos de su propio cuerpo o por lo menos con bacilos que nos parezcan estar de los suyos a la menor distancia posible. Será irracional, pensamos, emplear para tratar a un tuberculoso crónico una tuberculina obtenida con bacilos que provengan, por ejemplo, de la sangre de un enfermo víctima de una infección de marcha aguda.

No admiten todos los autores esta evolución, esta adaptación y esta variabilidad de los tipos. Para algunos su constancia es tal que permanecen casi invariables. Weber, por ejemplo, dice que un bacilo de tipo bovino encontrado en el hombre permaneció invariable por espacio de diez años.

PAPEL DEL TIPO HUMANO EN LA TUBERCULOSIS DE DISTINTOS ANIMALES

La tuberculosis espontánea es frecuente actualmente en los animales domésticos.

No tenemos, desgraciadamente, datos de cómo se condujo la infección en épocas remotas con los distintos animales, ni del papel que han desempeñado éstos en la evolución del bacilo tuberculoso a través de las edades. No es inverosímil que primitivamente formas anteriores del bacilo produjesen en los animales tipos de enfermedad que desconocemos hoy.

El perro, el gato, el caballo, el asno, padecen con frecuencia tuberculosis. Los perros que viven en las casas de los expulsos de bacilos se tuberculizan con frecuencia. Lo mismo sucede con los gatos, y para Douville el 1 por 100 de los gatos de las grandes ciudades son tuberculosos. Los monos en cautividad enferman con frecuencia. En los parques zoológicos los animales adquieren no rara vez tuberculosis, que se ha encontrado en el león, en el tigre, en la pantera, en el elefante, en el cuervo, en el águila. La rata que vive en las proximidades de las viviendas o en las viviendas mismas se hace con frecuencia tuberculosa, y la tuberculosis de las ratas es tan frecuente que M. Koch y Lydia Rabinowitsch, examinando 50 ratas cautivas, encontraron 6 tuberculosas. Nosotros, de 15 ratas grises sacrificadas al azar, encontramos 3 tuberculosas.

Una de ellas, animal robusto y de excelente aspecto, tenía lesiones casi únicamente pulmonares: se trataba de una bronconeumonía tuberculosa diseminada y difusa con cavernas enormes y con ambos pulmones casi totalmente invadidos y llenos de pus caseoso, sorprendiendo, no ya el buen aspecto, sino la vida del animal en tales condiciones.

De los monos se aísla a menudo el tipo humano, que parece ser también el predominante en los gatos y en los perros. Parece seguro que se ha aislado el tipo humano de las aves. Desde luego se ha conseguido infectarlas con bacilos humanos (J. Courmont y Dor) y se ha visto el contagio del papagayo producido por el hombre, siendo muy interesantes a este respecto las observaciones de Gilbert y Roger. Se ha conseguido tuberculizar a las gallinas haciéndoles ingerir esputos tuberculosos. El conejo común, espe-

cialmente sensible al bovino, puede, sin duda, ser infectado por el humano, y el cerdo, que con frecuencia padece tuberculosis, es sensible también, como otros grandes animales, al bacilo de origen humano.

PAPEL DEL TIPO BOVINO EN LA TUBERCULOSIS DEL HOMBRE

Es posible aislar bacilos con los caracteres del bovino a partir de distintas lesiones humanas y hasta de los mismos esputos. Parece que el tipo bovino se encuentra con relativa frecuencia en las lesiones infantiles, y que el número de hallazgos varía, no solamente según las edades, sino según los órganos afectados, pero desde luego en los niños y en las lesiones ganglionares el bovino es más frecuente.

La estadística de recopilación de Kossel da tres hallazgos de bacilo bovino sobre 832 muestras de esputos tuberculosos. La proporción, como vemos, es pequeña. En la tabla de Wpark y Krumwiede, que comprende 1.224 observaciones de distintas clases de tuberculosos de diversos países, se encuentran sólo dos hallazgos de tipo bovino sobre 680 casos de tuberculosis pulmonar. Mitekell, examinando 72 niños con adenitis del cuello, encontró el bacilo bovino el 90 por 100 de las veces; pero, en cambio, Ungermann sólo aisló dos veces el bovino examinando 177 niños con lesiones ganglionares. M. Klimmer, que se ocupa recientemente del estudio de las fuentes de contagio, dice que el 26 por 100 de las tuberculosis infantiles, en sujetos hasta de diez y seis años, sobre 1.509 casos fué de origen bovino. Chung Yik Wang encuentra 80 veces el bacilo bovino estudiando 281 casos de tuberculosis infantil. Según datos de la *Comisión Real Inglesa* el bacilo bovino es relativamente frecuente en las lesiones de los ganglios mesentéricos (14 veces en 29 casos), en la tuberculosis de los ganglios del cuello y de la axila (3 veces en 9 casos). Según la tabla citada de Park, el hallazgo del bovino no fué infrecuente en las lesiones de los ganglios del cuello, especialmente entre los cinco y los diez y seis años; se encontró el bovino en bastantes casos de tuberculosis generalizadas infantiles, y en las tuberculosis ganglionares y abdominales especialmente en los niños de menos de cinco años y aun entre los comprendidos entre los cinco y los diez y seis.

La vía experimental más importante para el estudio de estas cuestiones está, lógicamente, cerrada, pero a juzgar por los escasos datos positivos el bacilo bovino para el hombre adulto es poco virulento: el hombre adulto se muestra para el tipo bovino bastante resistente. El caso referido por Baumgarten, de un médico que inoculó productos bovinos para curar el cáncer, es muy interesante: no se produjo infección tuberculosa. Klemperer, en una experiencia heroica, como la de Moeller (muy conocida), se inyectó emulsiones del bovino, produciéndose un absceso del que curó sin más consecuencias. Inyectó también el mismo bacilo a cinco tuberculosos, consiguiendo solamente reacciones locales sin infartos de los ganglios. Es chocante la escasez de lesiones tuberculosas en las

manos de los sujetos que manejan materiales bovinos infectantes y que se hieren con frecuencia. Durante varios años de permanencia en el Rif examiné muchos centenares de moros. A pesar de la abundancia en aquellas regiones de la tuberculosis bovina y del gran número de casos de tuberculosis mamaria abierta en las vacas, no vi ni un solo caso de lesiones tuberculosas en las manos de los indígenas. Es conocido el hecho de curar bien las lesiones que se producen en las manos los veterinarios y los matarifes (Jensen, Ravenell).

LA LECHE COMO ELEMENTO DE CONTAGIO

Sabido es que la leche es una vía de eliminación, aun cuando no existan lesiones en las mamas, pero, lógicamente, la existencia de bacilos en la leche aumenta notablemente cuando existen lesiones en las glándulas, y tengamos en cuenta que no es rara la mastitis tuberculosa de las vacas, pues Pearson la encontró el 8 por 100 de las veces haciendo 1.200 observaciones. La tuberculosis de las tetas es más frecuente de lo que se cree (Mklimmer). Si consideramos esta frecuencia y en general la del ganado tuberculoso, que es grande especialmente en ciertas regiones y entre los animales mal cuidados, se comprenderá la facilidad con que se pueden infectar por la leche los animales sensibles.

Thoni dice que el 17 por 100 de las muestras de leche de vaca contiene bacilos. Weber, que como hemos dicho antes admite la casi invariabilidad de los tipos bacilares, ha investigado en Alemania, concluyendo que de 619 individuos tuberculosos (284 niños y 335 adultos), 151 niños y 200 adultos habían tomado leche de animales tuberculosos, y que se necesita para tuberculizarse por la leche ingerir gran cantidad de bacilos y ser objeto de repetidas infecciones. En un trabajo sobre la tuberculosis de los negros, Charles R. Grandy (1924) se ocupa de la extensión de la enfermedad en Norfolk, Virginia. Investigó, no muy profundamente, según dice, para determinar la influencia del factor bovino en la tuberculosis de los negros, resultando que apenas tomaban leche, que era condensada y que, sin embargo, en Norfolk el número de tuberculosos era mayor entre los niños negros que entre los blancos. Hess examinó 107 muestras de leche: en 19 casos encontró bacilos. Fueron examinados cuidadosamente y estudiados durante bastante tiempo 18 niños bebedores de esas leches infectantes: 4 niños reaccionaron positivamente a la tuberculina sin presentar signos de enfermedad y sólo uno de ellos tuvo una adenitis cervical tuberculosa. No es posible sacar muchas consecuencias de los datos que citamos aquí, pues, con seguridad, en los casos intervienen abundantes factores desconocidos en su mayoría.

Evidentemente, si la leche no se somete a la esterilización, se encuentran bacilos infectantes en los productos derivados de aquélla (cremas, mantecas, queso), donde pueden vivir mucho tiempo. Los productos resultan infectantes.

LAS CARNES DE LOS ANIMALES TUBERCULOSOS

Desde el momento que existen bacilos circulantes y tubérculos en los músculos y en las vísceras, éstas y aquéllos, no esterilizados por las maniobras culinarias, pueden ser infectantes. Especialmente las vísceras son, como se comprende, peligrosas.

PODER PATÓGENO DEL TIPO BOVINO PARA LOS DEMÁS ANIMALES

Desde luego, es la vaca especialmente receptiva. El conejo común, que resiste bastante al tipo humano, es muy sensible al bovino: éste le produce afección grave y generalizada; aquél, lesiones discretas. El conejo común es un buen elemento para diferenciar ambos tipos.

Schick y Krusius (1903) emplearon como medio diagnóstico la inoculación en la cámara anterior del ojo del conejo. Si inoculamos al mismo animal en un ojo con bacilo humano y en otro con bacilo bovino, vemos que en el primero se originan lesiones curables y en el segundo una infección generalizada. Por vía intestinal, subcutánea, peritoneal, intravenosa, el conejo se muestra también muy sensible.

Según las experiencias de Calmette y Guérin, la cabra joven es un buen reactivo. Inyectando en las mamas de estos animales bacilos humanos o bovinos, observamos que con los últimos se origina afección generalizada, y localizada con los primeros.

La tuberculosis de la rata gris es con más frecuencia de origen humano que de origen bovino (1). Sin embargo, los ratones parecen más sensibles al bovino, según vieron ya Trommsdorff y Dinder. Para Romer el ratón por vía intraperitoneal es un buen medio de diagnóstico. Los ratones blancos pueden infectarse por vía subcutánea, aun con cultivos humanos viejos, según hemos visto nosotros. Uno de nuestros animales tenía en el hígado un foco caseoso de bastante tamaño.

El cerdo es bastante sensible al bacilo bovino, y se tuberculiza a menudo en los países donde se les alimenta con leche infectada. Las tuberculosis espontáneas de las cabras y de las ovejas son de origen bovino. El perro y el gato pueden ser infectados por dicho microbio.

Algunos autores, y para el que experimenta sobre asuntos de tuberculosis el tema tiene cierta importancia, han negado que el conejillo se tuberculice espontáneamente. Ferrán, por ejemplo, afirma que jamás ha visto un caso de infección desarrollada espontáneamente, a pesar de estar los conejillos en condiciones a propósito para el contagio. Pero es positivo que el conejillo como el conejo enferman espontáneamente de tuberculosis. A veces encuentran formas graves (Lowenstein), lesiones pulmonares extensas, cavernas, etc. Ya Koch estudió conejos y conejillos de tuberculosis espontánea, y recientemente

(1) De las tres ratas estudiadas por mí, yo aislé un bacilo tipo humano.

Rothe ha observado una epidemia de tuberculosis espontánea en los conejos de un sanatorio, haciendo al tipo bovino responsable de dicha epidemia.

EL TIPO AVIARIO

En las gallinas la tuberculosis es frecuente. En las capitales, especialmente en los barrios pobres y sucios, cuando se tienen animales en malas condiciones, alimentándolos con despojos, el número de gallinas tuberculosas es grande, y con seguridad adquiriría la cifra más relieve si se investigaran sistemáticamente los cadáveres de las gallinas espontáneamente muertas. Ellas, y en general las aves, se tuberculizan por ingestión de materiales virulentos. El loro, el canario, el pichón, etc., se tuberculizan de esta manera. En las gallinas las lesiones del hígado, del bazo, de los intestinos, son frecuentes; las eliminaciones de bacilos, abundantes.

PODER PATÓGENO DEL TIPO AVIARIO PARA LOS ANIMALES Y PARA EL HOMBRE

Desde luego, las aves son por naturaleza sensibles al aviario. Los ratones padecen con frecuencia lesiones aviarias, y los cerdos son también sensibles. Christiansen, investigando sobre 118 cerdos, encontró 86 veces el bacilo aviario. El conejo y el conejillo parece que pueden también ser infectados por el bacilo aviario. El conejo puede morir con septicemia a lo Yersin, o padecer el tipo Villemín y morir de tuberculosis miliar. Para Lowenstein el conejo es más sensible que el cobayo a la tuberculosis de las gallinas. Grandes animales, el caballo mismo, pueden ser infectados por el bacilo aviario.

Nos interesa especialmente estudiar el papel patógeno del bacilo aviario para el hombre. El hombre puede ser infectado por el bacilo aviario y se ha conseguido aislar este bacilo de productos humanos, de los esputos, del tejido pulmonar enfermo, de los ganglios. (Lowenstein, R. Weber y Lydia Rabinowitsch). Lowenstein estudió un caso de tuberculosis pulmonar, otro de tuberculosis cutánea y dos de tuberculosis renal. En estos casos de tuberculosis renal la afección (se trataba de niños) evolucionó como una septicemia de larga duración y el estado general se mantenía aceptable. Cree Lowenstein que en los mamíferos la tuberculosis aviaria evoluciona como una septicemia y piensa que los conejillos inoculados con bacilo aviario que parecen morir intoxicados mueren septicémicos realmente. Jannovitch ha estudiado recientemente (1923) dos casos de tuberculosis humana de tipo aviario. De la orina de los enfermos aisló bacilos con los caracteres del tuberculoso de las aves que no era patógeno para el conejillo y sí para la gallina. A juzgar por los estudios de Lowenstein los hombres con tuberculosis aviaria son poco sensibles a la tuberculina humana. Los casos del citado autor mostraban especial sensibilidad frente a la tuberculina obtenida partiendo del bacilo aviario. El citado Jannovitch trató sus casos con tuberculina aviaria y al parecer siguieron buena marcha.

Qué prescribir en los casos de
amenorrea, menstruaciones difíciles
o rebeldes, oligomenorrea, vómi-
tos incoercibles del embarazo **?**

1 a 3 comprimidos 3 veces al día, ó
1 inyección 2 a 3 veces por semana, de

AGOMENSINA "Ciba"

Sustancia hidrosoluble del ovario

Qué prescribir en los casos de disme-
norreas funcionales, menorragias
sin lesión orgánica, hemorragias
de la pubertad y menopausia **?**

1 a 2 comprimidos 3 veces al día,
1 ó 2 inyecciones al día en casos rebeldes, de

SISTOMENSINA "Ciba"

Hormona ovarica liposoluble

*Resuelven estos problemas que con
frecuencia se presentan al facultativo*

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA



DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

Lactéol del Dr BOUCARD



Lactéol del Dr BOUCARD
Comprimidos de bacilos lácticos



Lactéol-Líquido del Dr BOUCARD
Ampollas de bacilos lácticos

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

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

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

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

Muestras: R. SALA, París, 174 - Barcelona

ESTREÑIMIENTO TRATAMIENTO FISIOLÓGICO

A BASE
DE:

1º **EXTRACTO TOTAL DE LAS GLÁNDULAS DEL INTESTINO**, que refuerza las secreciones glandulares de este órgano.

2º **EXTRACTO BILIAR DESPIGMENTADO**, que regulariza la secreción de la bilis.

3º **AGAR-AGAR** que rehidrata el contenido intestinal.

4º **FERMENTOS LÁCTICOS SELECCIONADOS** acción anti-microbiana y anti-tóxica

1 a 6 Comprimidos antes de cada comida

Laboratoires Réunis «Lobica», Marque déposée. — G. Chenal, pharmacéutico 11, Rue Torricelli, París, 17º
AGENTE: Laboratorio MIRABENT Y C.ª, S. C., BARCELONA

DIFICULTADES PARA ASEGURAR LA NATURALEZA DE UNA MUESTRA

Pese a lo mucho que se ha trabajado sobre el tema, creemos que el asunto debe someterse a una detenida revisión. Especialmente, cuando el diagnóstico se funda sobre los caracteres de los cultivos, su exactitud ha de parecernos problemática, pues ninguno de los caracteres que se atribuyen a los tipos son seguros e invariables. La misma inoculación al animal no permite dictaminar, seguramente, sobre el origen de una muestra, por lo menos en ciertos casos.

Por lo que se refiere a la morfología, se ha dicho que el bacilo humano es más fino, más delgado y de contornos más iguales, y que el otro es más corto, rechoncho, desigual y pleomorfo; pero este carácter diferencial falla. Nosotros mismos tenemos cultivos de bacilo humano cuyos elementos son cortos, rechonchos, desiguales: en el mismo cultivo hay elementos de distintas formas. Tenemos muestras de bovino con elementos finos y largos. Se ha sostenido que el tipo bovino es más difícilmente cultivable; pero a veces tropezamos con muestras que se cultivan desde el principio bien y nos encontramos con tipos humanos que se adaptan con dificultad a los medios artificiales. Partiendo de distintos tipos podemos llegar a conseguir cultivos de análogos aspectos y, al revés, partiendo de un tipo obtenemos a veces cultivos de aspectos diferentes. Se puede conseguir, como lo hemos hecho nosotros, obtener con semillas humanas cultivos húmedos, gelatinosos, sobre patata-caldo-agar-glicerina, y colonias análogas, gelatinosas y húmedas, dan a veces muestras de bovino. El mismo aviario puede dar cultivos secos, verrugosos, que parecen de tipo humano. El examen de algunos de nuestros cultivos engaña al más experimentado. La variabilidad de los caracteres de cultivo se presenta a veces en condiciones y circunstancias que escapan, por nuestra parte, a una determinación precisa. El bacilo tuberculoso en este sentido se conduce igual que las demás bacterias. El *Pheley* mismo, ácidorresistente cromógeno, cultivado en distintos medios a diversas temperaturas, da una verdadera colección de cultivos distintos y presenta gran variabilidad morfológica. El poder cromógeno del *Pheley* varía de tal manera, que partiendo de la misma semilla hemos obtenido muestras de un rojo vivo intenso y otros cultivos casi blancos.

* *

De lo escrito anteriormente se desprenden algunas consecuencias importantes por lo que se refiere al contagio, a la diseminación de la tuberculosis. Vemos que el hombre enfermo es el agente trascendental en la diseminación de la tuberculosis por el mundo. El número de tuberculosos pulmonares que eliminan con más o menos constancia y en mayor o menor cantidad formas virulentas en los esputos, es mucho mayor de lo que se cree, y los estudios modernos nos permiten asegurar que el número de tuberculosos abiertos, el número de enfermos de tuberculosis pul-

monar portadores de lesiones comunicantes con los bronquios y que desaguan por estos materiales contagiosos, es mayor de lo que parece. Tuberculosos muy graves, con lesiones extensas de los pulmones, con abundantes focos caseosos diseminados, pueden no presentar bacilos en los esputos, ocurrir así durante mucho tiempo y a pesar de ello los enfermos ser peligrosísimos. Practicando inoculaciones sistemáticas a los conejillos se demuestra que los esputos son contagiantes un crecido número de veces a pesar de no haber podido descubrir bacilos en ellos. Sucede también, por el contrario, que a veces fracasa la inoculación al conejillo a pesar de haber fundamentado sobre bases al parecer seguras el diagnóstico de tuberculosis activas. La busca de bacilos debe practicarse con tesón, pero su falta en los esputos no nos permite asegurar que la tuberculosis es cerrada y que el enfermo no es contagioso. Para W. S. Shemenski (1924) los signos clínicos permiten con más seguridad que el hallazgo del bacilo hacer el diagnóstico de tuberculosis abierta.

Paisseau y Lambling se refieren recientemente (1924) a un negro con tuberculosis difusa: tenía lesiones del hígado, del bazo, de los ganglios mesentéricos, del pericardio y de la aorta y focos caseosos en los pulmones. A pesar de prolijas investigaciones no se encontró el bacilo en el esputo. Hemos estudiado durante varios meses a un enfermo que acaba de morir tísico. La expectoración era abundantísima y habitual. Hemos realizado numerosas investigaciones buscando los bacilos con distintos procederes colorantes (Ziehl, Fontes, Kromberg, Blanco); hemos empleado la antiformina centrifugando con tesón y tiñendo varias preparaciones. No encontramos bacilos, viendo solamente pocos días antes de morir el enfermo elementos puntiformes como pequeñísimos y escasos cocos ácidorresistentes. Con la inoculación de una pequeña cantidad de esputos recogidos al principio (hace once meses), cuando el enfermo no tenía fiebre y conservaba buen estado general, conseguimos hacer enfermar a un conejillo de una tuberculosis gravísima generalizada.

Este tema de las tuberculosis abiertas y cerradas es de gran importancia. Se ha estudiado recientemente en el V Congreso de la Tuberculosis de Strasburgo y ha habido autor que ha sostenido que en una serie de mil casos sólo a seis se podía aplicar el diagnóstico de tuberculosis cerrada.

Existe un origen importante de contagio en las heces de los tuberculosos. Los enfermos que eliminan bacilos con los esputos expulsan con frecuencia heces contagiosas. Fried hace notar que es grande la frecuencia con que eliminan los tuberculosos abiertos bacilos con las heces. Estudiando 103 enfermos con bacilos en los esputos se vió que 98 tenían bacilos en las heces. Es posible que aun cuando no veamos en ellas bacilos propiamente dichos de precisas morfologías contengan elementos infectantes (gránulos de Much, granulaciones ácidorresistentes pequeñísimas, formas en coco relativamente gruesas). Zuppa ha es-

tudiado recientemente en los esputos estas formas.

En las heces de los cavitarios, cuyos esputos contienen fuertes cantidades de bacilos, se encuentran con gran constancia bacilos infectantes. A juzgar por los resultados de las inoculaciones de heces preparadas con antiformina y examinando los bacilos de las heces, que en ciertas muestras ofrecen iguales caracteres que los que tienen en los esputos, su vitalidad debe encontrarse poco alterada. Un enfermo mío, cavitario con expectoración abundante y fuertemente bacilar desde hace mucho tiempo, tiene bacilos inalterados en las heces; según he podido comprobar en varias investigaciones, no faltan nunca. Al mismo resultado hemos llegado examinando periódicamente heces de otros enfermos.

Desde luego, cuando existen lesiones tuberculosas abiertas en las paredes intestinales, y es bastante grande el número de úlceras tuberculosas latentes, o focos caseosos ganglionares o peritoneales comunicantes con los intestinos, se encuentran con gran constancia bacilos en las heces; pero aun sin existir estas condiciones y sin descubrir bacilos en los esputos, podemos hallarlos en las heces por haber llegado a los intestinos conducidos por camino biliar. Calmette y Guérin han demostrado experimentalmente que existen bacilos en los conductos biliares y que por ellos se eliminan a menudo. A veces están en el duodeno, y esto ha hecho que algunos (Holmer y Cremieux) propongan el cateterismo duodenal, cuando no existen bacilos en los esputos, como medio de diagnóstico. Nos parece que esta práctica es generalmente innecesaria. Fred y Black también opinan como los últimos autores, y Libert (1924) dice igualmente que se pueden encontrar bacilos en el duodeno aun en casos de tuberculosis cerrada: los ha hallado en la bilis cuando no había eliminaciones por los bronquios.

Hay una experiencia interesante de Mylius y Sartorius, que han estudiado la acción del jugo intestinal sobre el bacilo aprovechando un perro con fistula del duodeno. Comprobaron que el bacilo no era digerido, y únicamente después de estar sometido durante veinticuatro horas a la acción del jugo disminuían sus aptitudes para retener los colorantes.

Es muy poco frecuente encontrar bacilos en el caseum de los ganglios y en el pus tuberculoso de los huesos y de las articulaciones. Sin embargo, las inoculaciones de estos productos son casi constantemente letales. Como especialmente en ciertos países el número de individuos con lesiones ganglionares articulares y óseas es frecuente y más todavía el desconocimiento de los preceptos más elementales de higiene y de desinfección, el contagio por vía intestinal, a partir de dichos productos, debe ser muy frecuente y el papel de las moscas importante.

De lo que hemos escrito anteriormente se desprende que es posible el contagio por los animales tuberculosos, cerdos, ratas, gallinas, etc., por sus productos y por sus cadáveres. La resistencia del bacilo en los tejidos muertos, en el caseum mismo, en los excrementos, etc., es muy grande.

ESTUDIOS DE SEMIOLOGIA FIMATOLOGICA

El diagnóstico verdaderamente temprano de la tuberculosis hay que hacerlo conducidos, orientados por los síntomas funcionales de índole tóxica. Cuando logramos hacer patentes los síntomas somáticos trátase de lesiones de cierta importancia, y no es este el caso del diagnóstico precoz. Voy a hacer un estudio parcial de semiología fimatológica ocupándome de algunos síntomas funcionales, de aquéllos de más importancia, especialmente desde el punto de vista del diagnóstico temprano.

LA SENSACIÓN DE CANSANCIO

Un síntoma de mucho valor, muy frecuente, en muchas ocasiones revelante, es el cansancio, la sensación de cansancio, sumamente intensa en algunos tuberculosos. Tal importancia tiene algunas veces este síntoma, que precisamente por él, preocupados por él, se presentan los tuberculosos por vez primera en el despacho del médico. Muy frecuentemente la sensación de cansancio antecede durante mucho tiempo al primer síntoma del aparato respiratorio, a la tos, a la hemoptisis, a los dolores.

Hay que separar la sensación de cansancio, la sensación de agotamiento que experimentan algunos fímicos, de la falta real de las fuerzas. Sujetos que conservan una potencia muscular suficiente, que no han adelgazado, se sienten muy cansados, y otras veces, tuberculosos flacos son capaces de bastante ejercicio físico. El síntoma en ocasiones es psicógeno puro, y tal es el caso del sujeto que víctima de un complejo de inferioridad se siente incapacitado para cualquier trabajo, por pequeño que sea. Esta astenia, puramente psicógena, puede desaparecer o mejorar notablemente con un tratamiento psicoterápico, convenciendo al enfermo de que no hay razón anatómica que explique lo que le sucede y de que se trata de un síntoma funcional pasajero.

En presencia del síntoma cansancio, como siempre que se recoge un síntoma cualquiera, procuraremos hacer una buena patogenia y nos preguntaremos por qué el tuberculoso se siente cansado. Es evidente que la patogenia del síntoma no puede ser la misma en el caso de un tuberculoso muy desnutrido, con toxemia intensa, que cuando se trata de un sujeto con buen estado general, con lesiones ligeras y con toxemia escasa. En la sensación de cansancio pueden intervenir factores cardiovasculares. Tal es el caso frecuente de los tímicos de tipo asténico, de corazón congénitamente débil y de vasos hipoplásicos. En estos sujetos hay exigüidad circulatoria y mala irrigación de los músculos. Tales individuos tienen tendencia al síncope, se desmayan con facilidad y tienen vértigos algunas veces. En el cansancio puede intervenir la insuficiencia suprarrenal, y en ésta pensaremos cuando se constituye rápidamente en poco tiempo una astenia intensa, porque, efectivamente, la astenia de los addisonianos llega algunas veces a alcanzar proporciones tales que se cansan los enfermos por ejecutar los actos más sencillos, como al comer (agotamiento de los masticadores), el sostener un libro durante unos minutos de lectura, el llevarse un vaso a los labios. Ciertos sujetos de mal de Addison dan la impresión de paralíticos, de tener una paraplejía flácida; no pueden andar porque se les doblan las piernas.

Pero el cansancio de índole puramente psicógena puede también algunas veces adquirir caracteres alarmantes, y yo recuerdo en este momento a una muchacha de buen aspecto, de no escasa tensión arterial, pero que se sentía

notablemente débil, y que a poco de interrogarla nos dijo que se agotaba por ejecutar actos sencillos, como, por ejemplo, al peinarse. En aquel caso no había ciertamente motivo para hablar de un trastorno de las suprarrenales. No debemos realmente afirmar la existencia de un síndrome addisoniano sólo por la sensación de cansancio, y es necesario encontrar otros síntomas, como pigmentaciones, trastornos gastrointestinales, etc.

El cansancio se encuentra en ocasiones en circunstancias verdaderamente paradójicas, y así, por ejemplo, sucede que un tuberculoso delgado se siente fuerte, capaz de trabajar, cuando nosotros, sorprendidos, descubrimos la existencia de lesiones de cierta importancia, y él se presenta y se conduce como un hombre activo que se mueve y que trabaja bastante. Meses o años después, este mismo sujeto, con aspecto satisfactorio, gordo ahora, se siente muy débil, y efectivamente lo está, porque no es capaz de desarrollar un trabajo medianamente intenso. Ahora, el cansancio es de patogenia circulatoria y ha sucedido que el corazón de este sujeto es débil, no es capaz de hacer frente a las exigencias circulatorias del cuerpo, demasiado voluminoso. Pensando en esta clase de cansancio, el clínico debe reglamentar el reposo y el ejercicio y preparar el miocardio, como los otros músculos del tuberculoso, antes de lanzarle a la vida ordinaria.

El cansancio de los tuberculosos puede ser debido a la intervención de un factor visceral de índole parafimica, del factor hepático, por ejemplo, del factor pancreático, y pensando de esta manera el clínico debe explorar a sus enfermos de un modo suficiente. Algunos viejos fimicos empiezan, en un momento dado, a sentirse muy débiles, se entregan con rapidez: les hacemos una radiografía y descubrimos la existencia de una granulía.

Hay una forma de cansancio que no es exclusiva, ciertamente, de los tuberculosos, pues se presenta en otros sujetos agotados, sea por lo que sea, y en algunos neuropatas. Yo me refiero al cansancio matutino y, más todavía, al cansancio al despertar. En efecto, al enfermo le cuesta trabajo levantarse porque se siente sumamente débil, como si no hubiera dormido, como si hubiese estado trabajando por la noche; nota los músculos entorpecidos, tiene agujetas. Levántase al fin, desayuna y se va animando poco a poco, encontrándose luego en condiciones de trabajar, y más animoso que por la mañana, por la tarde, para al día siguiente volver el cansancio otra vez. Este cansancio al despertar es frequentísimo en los tuberculosos ambulatorios, en los sujetos que presentan formas lentas de fimia.

LA DELGADEZ Y LA OBESIDAD

Como yo he tratado extensamente de la delgadez y de la obesidad de los tuberculosos en otros trabajos, aquí voy a hablar poco de este asunto, y voy a referirme únicamente a lo más importante. La delgadez aparecida en circunstancias que no la expliquen de manera satisfactoria, en gente joven y especialmente si se alimenta bien; la delgadez acompañada de astenia intensa o, por el contrario, de nerviosidad, de fuertes tendencias a la acción, de palidez, es frecuentemente de origen fimico, y pensando de esta manera el clínico realizará las exploraciones convenientes. La tuberculosis se caracteriza por sus intensas repercusiones sobre el metabolismo y frecuentemente de un modo temprano, sin necesidad de que haya lesiones muy extensas, trastorna las correlaciones endocrinas adelgazando los enfermos notablemente: sin gran toxemia, adelgazan mucho algunos tuberculosos, y hemos de invo-

car en estas ocasiones un factor tiroideo. Efectivamente, en ocasiones, la investigación del metabolismo basal nos enseña lo correcto de la explicación. En la familia tuberculosa encontramos frecuentemente un tipo que yo estudió mucho, de delgado inmodificable inveterado y permanente: trátase de sujetos con hipertiroidismo constitucional que no engordarán nunca.

Son interesantes los *tuberculosos en acordeón*, enfermos que con cualquier motivo adelgazan, pierden varios kilos de peso, y luego con facilidad suma, reposando un poco y comiendo algo mejor, engordan nuevamente. Ahora podemos hablar de *labilidad endocrina*, quizá de *labilidad tiroidea*; pero, ciertamente, no damos una explicación hablando de este modo.

Es interesante un tipo no raro de tuberculoso polifágico que no engorda nunca, no solamente que no engorda, sino que es un flaco sempiterno. Trátase, por lo general, de fimicos resistentes que evolucionan de un modo frío, con poca toxemia, que comen con mucho apetito, y más todavía para engordar, sin conseguirlo. Malas máquinas, tienen una perturbación constitucional del metabolismo, un disturbio endocrino que no tiene arreglo, no fijan los alimentos y el peso no aumenta. Es contraproducente dar de comer demasiado a estos individuos, y lo menos que hacemos así es perder el tiempo: generalmente se les hace daño.

Paradójicamente, la obesidad puede ser, y es a veces, un síntoma de origen fimico. La tuberculosis se conduce como otras infecciones, movilizandole factores endocrinos determinantes del engrasamiento. Son de origen fimico ciertas obesidades infantiles de sujetos linfáticos con lesiones tuberculosas tórpidas; otras obesidades a lo Fröhlich que yo he observado en algunos niños de tronco tuberculoso. He publicado varios casos de estos, y he estudiado hace pocos días otro muy interesante: un muchacho de catorce años, al cual trae su madre, con un hermano de él, porque los dos tienen febrícula. En ambos puede diagnosticarse, por la sintomatología funcional, por la historia y por los resultados de la exploración radiográfica, un proceso gangliopulmonar de evolución fría y de pronóstico favorable. Uno de estos hermanos empieza de pronto a engrasarse siguiendo las décimas: es de escasa talla y pesa a los catorce años sesenta y dos kilos; las mamas y el vientre están fuertemente abultados, el pene es pequeñísimo, como los testículos. En la obesidad de algunos tuberculosos interviene muy a menudo un tratamiento mal conducido, pero hace falta un factor constitucional: se nace para gordo como se nace para flaco. Es sorprendente que algunos tuberculosos con lesiones enormes, ulcerosas, de grandes tendencias invasoras, no adelgazan, y cómo algunos de estos individuos empiezan a engordar en cuanto se quedan en la cama y se alimentan mejor, estando convencido el clínico de que el enfermo está perdido y de que su vida es muy corta.

LA FIEBRE

Voy a ocuparme ahora del síntoma fiebre, síntoma que debe perseguir y analizar el clínico haciendo de él una buena patogenia. El síntoma fiebre y los síntomas de auscultación, las hemoptisis, intervienen frecuentemente en los errores de diagnóstico, en el diagnóstico abusivo de tuberculosis, y precisamente a este último punto me voy a referir yo ahora. Hay cierta tendencia a calificar de tuberculosa a toda febrícula cuya causa no resalta con mucha claridad, y este criterio es a menudo erróneo. Es aconsejable en este caso hacer el diagnóstico del re-

vés; es decir, por un procedimiento inverso: en presencia de un sujeto con febrícula, suponer de primera intención que puede no ser tuberculoso, pensar en todas las posibilidades clínicas, ir las desechando una a una, explorar bien al enfermo, y quedarse por fin con la fiebre tuberculosa, si se pueden descartar las demás y hay motivos suficientes para calificar aquélla como he dicho. La circunstancia de acompañar a la febrícula trastornos del estado general, delgadez, astenia, sudores, da lugar a que se diagnostiquen de tuberculosas muchas fiebres que no lo son.

Puede tratarse, a veces, de una sepsis lenta, por ejemplo, de una septicemia por el mitor; de una pielonefritis que no da sintomatología renal y que solamente determina un complejo integrado por febrícula, adelgazamiento, palidez; podemos estar en presencia de un enfermo con apendicitis crónica con reacciones peritoneal escasa o la febrícula puede ser debida a una colecistitis, cosa bastante frecuente. Un foco amigdalino no tuberculoso puede producir fiebre; fiebre caprichosa, tenaz, poco elevada, que desorienta al clínico. Algunas veces la febrícula es de origen sifilitico, y en esto se piensa muy poco, siendo el error, como se comprende, nefasto porque se priva al enfermo de un tratamiento eficaz. Hace algunos años yo tuve que entendermelas con un sujeto que adelgazaba mucho, tenía trastornos gástricos, fiebre poco elevada y caprichosa, y más tarde dolores y signos palpatorios en el hígado. Yo diagnosticué una hepatitis supurada, viendo más tarde claro el asunto: estaba en presencia de un sujeto con sífilis hepática que curó fácilmente con el tratamiento específico. Más todavía me impresionó un enfermo joven muy alto, muy delgado, muy pálido, inapetente, con febrícula y con una osteoartritis de la rodilla derecha. Yo diagnosticué que esta osteoartritis era de naturaleza tuberculosa, confirmando, por otra parte, un diagnóstico hecho por otros compañeros. Afortunadamente, yo me había equivocado, porque todo el complejo era de origen sifilitico: el enfermo curó fácilmente: aquel fué un caso interesante de sífilis familiar, una verdadera epidemia de sífilis en una casa, en una familia, importada por el padre. Los casos de febrícula sifilitica son a menudo mal diagnosticados, porque se dan en ocasiones en enfermos con sífilis latente.

Desconócense con cierta frecuencia las febrículas de origen palúdico. Yo en el Servicio insisto mucho sobre este tema con motivo de jóvenes soldados palúdicos que ingresan con el diagnóstico de tuberculosos. Por rutina pesamos mucho en el paludismo violento de grandes accesos febriles con calofrios, con sudores, y nos olvidamos del paludismo latente, del paludismo que evoluciona de un modo rastrero y que puede no haber pasado nunca por ese periodo aparatoso de fiebres elevadas. Nos olvidamos también de que el periodo de incubación del paludismo puede ser notablemente largo, de tal manera que las primeras manifestaciones palúdicas de cierto aparato pueden presentarse cuando el sujeto está muy lejos ya del sitio donde se infectó, y habiéndose él mismo olvidado de que en aquel lugar había malaria. El paludismo, en ciertos casos, se cura muy difícilmente, y yo creo que muchas veces, no obstante la energía del tratamiento, no se cura nunca. Análogamente a lo que ocurre con el bacilo de Koch la infección palúdica se constituye muy a menudo como proceso latente y el germen se acantona en ciertos territorios viscerales, en el bazo, para invadir alguna vez insólitamente la sangre periférica u otros territorios orgánicos, dando lugar a un cuadro morboso. Así sucede que un enfermo tiene febrícula muchos años después de

creerse curado de la afección palúdica y puede demostrarse que esta febrícula tardía es de la misma naturaleza que las otras fiebres del principio. Como muchos palúdicos ambulatorios son sujetos pálidos, decaídos, de escasa tensión arterial, con tosecilla, por haber lesiones discretas de bronquioalveolitis, con febrícula, y como las investigaciones hematológicas pueden dar resultados poco claros, a menudo se diagnostica erróneamente pensándose en la tuberculosis y no en el paludismo. Algunas veces, de pronto, se presenta un acceso típico, y aun sin buscar el hematozoario se le ocurre al médico dar quinina, obteniéndose así la prueba terapéutica.

El tema «tuberculosis febrícula y enfermedad de Basedow» es muy interesante y de gran importancia práctica. Por una parte, frecuentemente el tuberculoso tiene reacciones hipertiroides, se encuentra mucho el hipertiroidismo fímico, y por otro lado, en el Basedow hay fiebre algunas veces, sin que el enfermo sea un tuberculoso, y hay fiebre de todos los tipos, desde la fiebre alta, que puede dar lugar a los diagnósticos más erróneos, hasta fiebreclillas ligeras, caprichosas, que casi de un modo automático hacen pensar en la tuberculosis. En algunos casos agudos de Basedow, verdaderos procesos que se pueden calificar de bocio hipertóxico, existe fiebre alta, y como el estado general es malísimo porque existe un gran desquiciamiento metabólico se presta todo el complejo a grandes equivocaciones.

Se olvida muchas veces que hay fiebres de todos los tipos, pero principalmente fiebreclillas tenaces, irregulares en extremo en las bronquitis y broncoalveolitis subagudas y crónicas, prestándose especialmente a error y a confusión las bronquitis crónicas de los niños y de los adultos con algunas lesiones alveolares y con dilataciones de los bronquios. De vez en cuando hay estancación de secreciones y fiebre. Estudiando hematológicamente a estos sujetos, vemos que por lo general tienen hiperleucocitosis, más todavía durante los episodios febriles, y vemos también que entonces aumentan los polimorfonucleares neutrófilos. Casi siempre podemos negar de plano el diagnóstico de tuberculosis cuando después de realizar varias investigaciones no se encuentran bacilos de Koch en los esputos purulentos de los bronquíticos que tienen febrícula.

Es sabido que la influenza determina una verdadera reactivación de las lesiones tuberculosas, y así, algunas veces, tuberculosos que marchaban bien y que defendían con eficacia, toman mal camino después de la gripe, pero a menudo, no se tiene en cuenta que las broncoalveolitis complicativas de la gripe evolucionan en ocasiones de un modo rastrero, y por esto, por lo insidioso de la evolución, por la febrícula, por el aspecto del enfermo y por encontrar focos de estertores en algunas regiones del pecho, se hace el diagnóstico de tuberculosis. También en estos casos debemos analizar el síntoma fiebre y no hacer rutinariamente el diagnóstico de fimia.

Los tuberculosos confirmados, febriles o apiréticos, pueden tener y tienen a menudo fiebres que no son de origen fímico, fiebres debidas a un proceso infeccioso cualquiera, a un foco séptico en cualquier parte del organismo, a una infección palúdica, como yo he visto muchas veces; a un flemón perinefrítico por tetrágenus, como le ocurrió a un enfermo mío; a una pleuresía de neumococos, y este fué el caso de una niña con adenopatía traqueobronquial que tuvo un empiema neumocócico, a una neumonía no tuberculosa, etc. El diagnóstico de tuberculosis no debe enfriar nuestra curiosidad clínica, y seguiremos investigando

en presencia de todo síntoma nuevo. La fiebre del tuberculoso, como la anorexia, la delgadez, la taquicardia, etcétera, dependen muchas veces, casi siempre, de la tuberculosis, pero en otros casos se deben a otras causas.

Por el contrario, otras veces, en presencia de ciertos enfermos, el síntoma fiebre que ahora es de origen fímico no se interpreta así, y se hace también un diagnóstico equivocado porque se olvida que el bacilo de Koch puede producir fiebre de los tipos más diversos: la febrícula tan conocida, fiebre remitente de distintas clases, fiebres con intermitencias mayores o menores. Algunos granúlicos nos dan gráficas térmicas como si fueran enfermos de paludismo, fiebres en zigzag con períodos de apirexia y subidas intensas y rápidas, y también fiebre de tipo recurrente se encuentra en otras tuberculosis viscerales, como, por ejemplo, en algunos enfermos con tuberculosis del hazo.

La clínica nos da grandes sorpresas y lecciones muy dolorosas, sobre todo si los enfermos no se exploran bien; pero aun intensificando las pesquisas se cometen algunas veces equivocaciones lamentables. Yo estoy pensando en este momento en un joven con hemoptisis, con rápida desnutrición y con una ancha zona mate en el pulmón derecho, donde había también estertores de bronquios y de alvéolos: se diagnosticó una tuberculosis neumónica y resultó un sarcoma pulmonar. Había fiebre alta. Las neoplasias malignas, como demostró el caso citado, evolucionan así algunas veces, con fiebre alta, y este fenómeno es más notable tratándose de gente joven. Las neoplasias malignas producen fiebre de todos los tipos. El campo abierto a la investigación en este asunto es muy extenso y está lleno de promesas.

LOS DOLORES

Dolores de diversos tipos y de distintas localizaciones padecen los tuberculosos. Muchos de éstos son diagnosticados de reumáticos, y arrastran así, con este diagnóstico, una vida miserable durante más o menos tiempo. Hablamos de un síntoma de origen tóxico sin que expliquemos gran cosa con esto. La tuberculosis, como otras infecciones, produce dolores en los músculos y en las fascias, en las articulaciones mismas, y a veces se trata de un síntoma de gran rebeldía que molesta mucho al enfermo y que es muy resistente a la medicación. En otros casos se constituye un proceso neurítico o polineurítico. Yo he visto muchas veces la neuritis del ciático en tuberculosos y he estudiado muchos de éstos por neuralgia facial. Las polineuritis tuberculosas no son muy raras, y yo he visto algunos enfermos especialmente con neuritis mixtas sensitivomotoras siempre curables.

LOS ANÉMICOS

Es muy interesante el estudio de las anemias de origen fímico, que yo no haré aquí. En algunos casos la tuberculosis en sus formas lentas parece que actúa selectivamente sobre el sistema hematopoyético y produce anemias de distintos tipos, anemias de tipo clorótico frecuentes, sobre todo en tuberculosos linfáticos; anemias vulgares del tipo general de las anemias infecciosas con moderada disminución de los eritrocitos y descenso proporcional de la hemoglobina, y también, las menos veces, anemias gravísimas del tipo de las anemias perniciosas, del tipo Biermer, de las que yo he visto algunos casos, con disminución muy grande de hematíes y valor globular no muy inferior a uno. La intensidad de estas anemias no está en relación directa con la del complejo tóxico ni con la gravedad y la

extensión de las lesiones: se precisa, a mi juicio, la existencia de factores constitucionales, de cierta inferioridad biológica del sistema hematopoyético. No se sabe por qué el de ciertos individuos es especialmente sensible al ataque de los tóxicos y sucumbe.

La inmensa mayoría de las anemias de los jóvenes que no pueden diagnosticarse de clorosis es de origen tuberculoso, y no crean ustedes que esta afirmación es exagerada. Yo he llegado a convencerme de que es la verdad explorando metódicamente a estos supuestos anémicos puros y siguiéndolos durante años y años. La anemia, señores, es a menudo un síndrome tóxico precoz como los síndromes del aparato digestivo y como los síntomas cardiovasculares. Busquemos la tuberculosis en estos anémicos y la encontraremos con frecuencia.

Pero no diagnostiquemos por rutina de anémicos a los tuberculosos pálidos que tanto abundan. Hay muchos fímicos en extremo pálidos con cinco o más millones de hematíes. Yo me estoy refiriendo ahora a la palidez sin anemia de que he hablado tantas veces. Algunos de estos falsos anémicos tienen poliglobulia: seis, ocho, más de diez millones de hematíes en algunos casos; es una poliglobulia compensadora, defensiva, que encontramos en enfermos con poco territorio pulmonar aprovechable. Esto se observa algunas veces en antiguos fímicos cirrosos y en otros con neumotórax terapéutico.

CLÍNICA FIMATOLÓGICA

LOS ERRORES DE DIAGNÓSTICO

Voy a tratar someramente de algunos puntos de semiología fimatológica, importantes porque pueden hacerlos descubrir el proceso tuberculoso y porque, en ocasiones, pueden motivar errores de diagnóstico.

La posición del fimatólogo encargado de una consulta o de un Servicio de tuberculosis ha de establecerse de tal modo que, por una parte, se pregunte de un modo sistemático y en presencia de todo enfermo si será éste un fímico en actividad, si sus síntomas son de origen tuberculoso, y, por otro lado, si el complejo no tiene nada que ver con el bacilo de Koch y se trata, por consiguiente, de cosa distinta. Ciertamente, en general, se piensa poco en la tuberculosis; pero se diagnostican, en otras ocasiones, de tuberculosos, muchos individuos que no lo son. Yo siempre estoy pensando en la responsabilidad que contrae el clínico cuando sienta de un modo firme un diagnóstico trascendente, un diagnóstico de tanta importancia como es el de tuberculosis; un diagnóstico que puede pesar definitivamente sobre el porvenir del enfermo, perturbando, quizás para siempre, su vida. Por lo que se refiere a ciertas afecciones pulmonares, el error de diagnóstico puede tener tal importancia que se dejen de practicar intervenciones salvadoras, siguiéndose rutas terapéuticas erróneas y derivándose de todo esto la muerte del enfermo.

En peligro de muerte ha estado, sin disputa, uno estudiado en el Servicio en estos últimos tiempos que se exploró mal al principio y que se diagnosticó de un modo equivocado. Voy a referir esquemáticamente la historia de este individuo, porque es de grandes enseñanzas.

Cuando me presentaron al paciente en la sala de reconocimientos, experimenté la sensación de estar en presencia de un cadáver, como puede juzgarse, contemplando las fotografías. La desnutrición era intensa. Presenta

ba un síndrome peritoneal con retracción enorme de la pared del vientre, que estaba doloroso. Vómitos. Diarrea, 100 milímetros de tensión máxima y 88 pulsaciones. Pa-

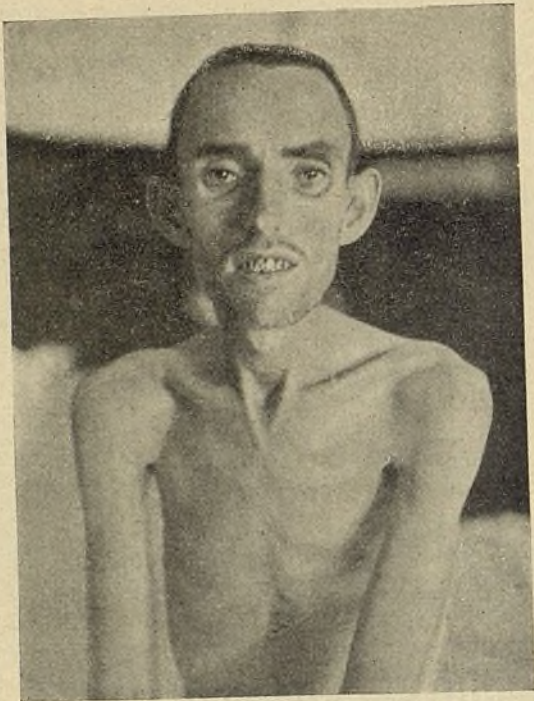


Fig. 1.ª

recia un tuberculoso en estado caquéctico. Un colega asistente a la clínica diagnosticó un proceso cavitario del lóbulo superior derecho. Tenía 3.100.000 hematies. 11.000

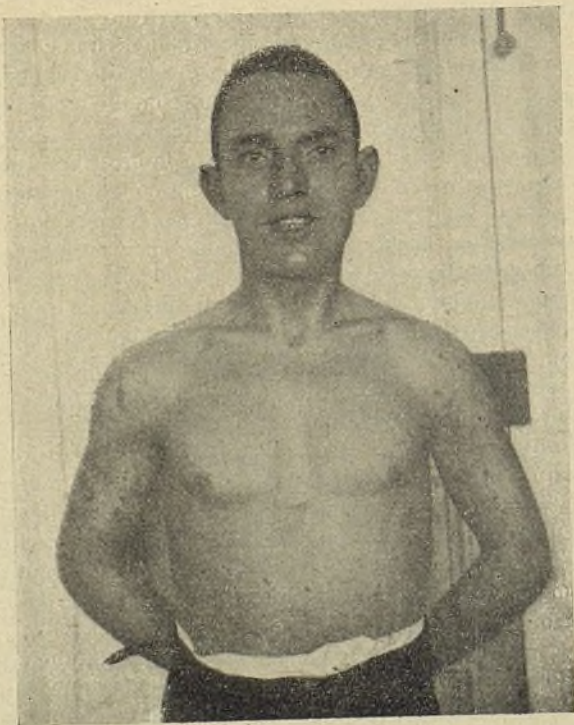


Fig. 2.ª

leucocitos y 65 por 100 de hemoglobina con 74 granulocitos neutrófilos, 24 linfocitos y 2 monocitos. Se habló de sífilis visceral, sin hacer un diagnóstico concreto; de peritonitis tuberculosa, a cuya opinión yo me iba inclinando.

Pensé en que hiciesen a este sujeto una laparotomía y, casi decidido a ello, desistí por temor de que no llegase con vida hasta el momento operatorio. El aspecto general del enfermo era malísimo y estábamos muy cerca de aplicarle la etiqueta de caso perdido, de incurable. En este crítico momento, y evocando el recuerdo de otros sujetos estudiados en el Servicio, lanzó mi colaborador Ruiz de Guardia la idea de que pudiésemos estar en presencia de un palúdico. Yo recogí este pensamiento, y en el acto mandé que le pusiesen una inyección de salvarsán sin esperar el resultado de las investigaciones de laboratorio. Estas aclararon por completo el asunto, porque yo mismo encontré en las extensiones corrientes y en una preparación de gota gruesa *plasmodium precox*. Nos las entendíamos, pues, con un enfermo de paludismo pernicioso. Desarrollamos un tratamiento intenso y sostenido con el salvarsán y la quinina, y experimentamos la satisfacción de asistir a la resurrección de Lázaro. Hoy hace tres meses de la primera exploración y puede juzgarse del resultado del tratamiento contemplando las fotografías (figuras 1.ª y 2.ª).

A propósito del paludismo, se cometen muchos errores de diagnóstico porque se piensa poco en la malaria y porque realmente el aspecto de ciertos palúdicos es el de tuberculosos intoxicados. Se olvida con frecuencia que el paludismo evoluciona a menudo como una enfermedad insidiosa, rastrera, sin fiebre alta, sin producir síntomas ni síndromes aparatosos. El enfermo nos habla de trastornos de índole general, y dice que adelgaza, que se encuentra débil, que tiene poco apetito. Hay trastornos gástricos e intestinales, manifestaciones reumatoideas. El sujeto tiene mal color. Tose algo. Le auscultamos y encontramos casi siempre modificaciones del murmullo (como casi todos tenemos) y algunos estertores de broncoalveolitis. Hallamos una anemia moderada del tipo de las tóxicas, con tres o cuatro millones de hematies y 60 o 65 por 100 de hemoglobina, una fórmula leucocitaria borrosa, y hacemos el diagnóstico de tuberculosis de los pulmones. Pero el enfermo no mejora, no obstante lo riguroso del tratamiento, o mejora poco, o si se trata de una forma de paludismo como la del enfermo citado, preséntanse en cualquier ocasión accidentes graves que pueden acabar con el sujeto.

Tenemos actualmente en la clínica otro enfermo de mucho interés. A mí me chocaba el mal color de este individuo, su palidez térrea, y yo, pensando en el factor palúdico, le interrogué con detenimiento buscando episodios anteriores expresivos. No había tenido fiebres altas, ni calofríos intensos, y la historia que yo pude reconstituir era la de un tuberculoso, no la de un palúdico. Localicé en el lado izquierdo un foco caseoso, e inicié y desarrollé un neumotórax. El enfermo mejoró, pero poco: no engordaba, no acababa de desintoxicarse, tenía fiebre de vez en cuando. Busqué el parásito del paludismo, fracasando varias veces, y le hallé por fin tratando al enfermo con quinina y continuando, desde luego, el neumotórax artificial. Hubiérase prestado este caso a múltiples conclusiones erróneas si no se piensa en el factor palúdico y si no se le trata convenientemente.

Algunas formas de paludismo evolucionan bajo las apariencias de trastornos gastrointestinales con poca fiebre. El enfermo adelgaza, decae, tiene la lengua sucia, poco apetito, algún vómito, diarrea. Si en estas condiciones encontramos por auscultación algunos síntomas sospechosos, el diagnóstico está hecho. No olvidemos que se han descrito formas torácicas de paludismo, formas

neumónicas (muy raras), formas de broncoalveolitis lobular, formas hemoptoicas. A veces encuéntrase los capilares pulmonares atascados por hematies que contienen parásitos. Algunos palúdicos adelgazan de un modo extraordinario, sin tener mucha fiebre; así sucedió con el enfermo citado antes, y así yo vi muchos en Africa, confirmando el diagnóstico por el hallazgo de *plasmodium precox*. Conviene recordar que en muchas formas de paludismo, y especialmente en la malaria larvada, en la malaria latente, falta, como faltaba en el enfermo citado antes, el infarto esplénico.

El clínico debe pensar en un hecho de mucha importancia: con el paludismo sucede algo análogo a lo que pasa con la tuberculosis, de tal modo que puede existir un largo periodo de latencia presentándose las primeras manifestaciones aparentes meses después de adquirir la infección, lejos ya el sujeto del medio palúdico. Como el sujeto es explorado en un ambiente libre de paludismo, no se piensa en esta enfermedad, no se busca, y se hace un diagnóstico erróneo.

Se impone la investigación sistemática del parásito del paludismo en todo enfermo sospechoso y el interrogatorio detenido para averiguar si vivió el sujeto en país palúdico. Algunos hallazgos hematológicos nos ponen sobre aviso; por ejemplo: el encontrar una cifra exageradamente baja de hematies en un tuberculoso con lesiones de no malas tendencias; el hallazgo de muchos eritrocitos policromatófilos y de intensa urobilinuria. Buscaremos el hematocrito en gota gruesa, una y otra vez, y recurriremos, si nos falla la investigación, a la inyección de adrenalina. La inyección intramuscular de 2 ó 3 miligramos de adrenalina lanza a la sangre periférica, por vasoconstricción de los vasos viscerales, grandes cantidades de glóbulos, y hemos visto en algunos enfermos nuestros aumentos de más de 7.000 leucocitos y de 4.000.000 de hematies. En este asunto han trabajado Ruiz de Guardia y la señorita Blanco. Hemos de recordar que el enfermo citado antes tenía Wassermann positivo y era sólo palúdico. Los sujetos con manifestaciones maláricas de cierta agudeza dan positiva la reacción de Wassermann alguna vez.

Los procesos broncopulmonares supurados, las bronquiectasias, dan lugar a frecuentes errores de diagnóstico y motivan a menudo el de tuberculosis. Recientemente hemos estudiado en el Servicio tres niños bronquiectásicos diagnosticados de fímicos los tres. Siempre, explorando de un modo intenso, encontramos algún detalle en la historia de estos enfermos que nos desconcierta, que nos sorprende, que no va de acuerdo con el diagnóstico de tuberculosis. Por ejemplo: a veces nos choca la existencia de una leucocitosis enorme o de una polinucleosis grande, o nos llama la atención que pese a lo aparatoso de la sintomatología funcional, de la gran cantidad de expectoración, por ejemplo, el aspecto del enfermo es magnífico. Interrogando con cuidado es posible reconstituir la historia de un quiste que se abrió en un bronquio, porque el enfermo habla de una vómitica hidatídica y luego de fenómenos de supuración bronquiopulmonar. En algunos enfermos se destaca el síntoma hemoptisis. Un muchacho de diez y siete años tiene hemoptisis de repetición. Ha estado diagnosticado de tuberculosis pulmonar y ha hecho curas higiénicas caras. El estado general magnífico. No hay taquicardia. Ha tenido episodios febriles que han cesado con la expulsión de abundantes materiales purulentos. Nunca fué posible encontrar bacilos de Koch en los esputos de este muchacho ni yo conseguí tuberculizar a los conejillos que inoculé. Preguntando mucho me dijo el

enfermo que había vomitado varios meses antes abundante líquido sin sabor, que no olía a nada (vómitica hidatídica), evolucionando después los otros síntomas.

Choca en presencia de los enfermos del grupo a que me refiero ahora la unilateralidad del proceso. Las bronquiectasias son más frecuentes en las partes bajas de los pulmones y en los niños se manifiestan a menudo después del sarampión, de la tos ferina, de un proceso neumónico. La exploración con lipiodol aclara a menudo el asunto y se debe realizar siempre que se pueda.

En todo individuo con esputos purulentos, la repetida falta de bacilo de Koch es un argumento muy importante en contra de la tuberculosis, y casi siempre se puede negar la existencia de proceso tuberculoso activo si la inoculación al conejillo resulta negativa. Cuando un sujeto que parece tuberculoso por el aspecto de la expectoración, por los síntomas auscultatorios y por los signos radiográficos, no tiene bacilos en los esputos, podremos desechar casi siempre la existencia de la tuberculosis. Esta regla clínica falla pocas veces.

La sintomatología auscultatoria de un individuo con bronquioalveolitis supurada o bacilar puede ser la misma que la de un tuberculoso: signos cavitarios, estertores de medianas, de finas y de gruesas burbujas, soplo, estertores consonantes, etc. Ni los síntomas de auscultación, ni los radiográficos nos dicen nada sobre la etiología del proceso, y hay que investigar en otras direcciones.

Es muy interesante el estudio de los cuerpos extraños intrabronquiales que tanto se ha ampliado en los sentidos diagnóstico y terapéutico con las técnicas modernas. El cuerpo extraño determina un proceso de bronquioalveolitis de mayor o de menor extensión, de sintomatología muy variable, con fiebre más o menos intensa. Por todo esto, y por los síntomas de estado general, se hace el diagnóstico de tuberculosis. En los medios rurales, donde no es posible realizar investigaciones radiográficas, estos errores son muy frecuentes y no hay para qué insistir sobre sus malas consecuencias. Los laringólogos competentes logran casi siempre extraer los cuerpos extraños por vía natural, iniciándose casi en el acto una mejoría sorprendente. Yo quiero recordar aquí un caso interesante de Tapia Hernando. Un clavo intrabronquial determinó un complejo que fué diagnosticado de preuritis purulenta, desvaneciéndose el diagnóstico cuando se extrajo el cuerpo extraño previa la radiografía.

Se diagnostica a menudo tuberculosis de los pulmones, porque se descubren trastornos de la nutrición general del cuerpo y porque se consigue patentizar algunos síntomas de auscultación. En una de las sesiones clínicas de este año yo di cuenta de un sujeto diabético que murió en coma, pese a la intensidad del tratamiento insulínico, tardamente hecho por no haber pensado a tiempo en la diabetes. El enfermo no nos habló de ningún trastorno que hiciera pensar en esta enfermedad, pero debimos haber pensado que la desnutrición intensa realmente no se explicaba bien por el estado del proceso pulmonar. Cuando no encontremos en los pulmones de un sujeto lesiones invasoras ni procesos viscerales importantes, cuando a pesar de todo ello se produce un síndrome grave de desnutrición, hay que buscar factores extrafímicos que pueden intervenir en el complejo. Por ejemplo: un individuo tuberculoso empieza a adelgazar de un modo sorprendente sin que ni la auscultación ni la radiografía nos expliquen lo que pasa, y sucede que está evolucionando un carcinoma visceral. Otras veces el fímico, que se sostenía bastante bien, en dos o tres meses se derrumba, envejece, y es porque

evolucionan lesiones específicas en las glándulas suprarrenales. Hacia la cincuentena, el tuberculoso que conservaba un estado general aceptable, empieza a adelgazar: unas veces estamos en presencia de una tuberculosis pulmonar granúlica, cuyo síntoma fundamental es la desnutrición citada; en otras ocasiones el enfermo tiene un decaimiento senil anticipado, un marasmo senil prematuro que no tiene nada que ver con las lesiones tuberculosas activas, o la desnutrición se debe a un proceso pancreático, a una degeneración del páncreas no directamente tuberculosa, pero si etiológicamente unida a la fimia.

Frecuentísimos errores por abuso del diagnóstico de tuberculosis se suelen cometer con los individuos delgados que tienen insuficiencia respiratoria nasal por desviaciones del tabique, por pólipos, por adenoides. La observación frecuente de hechos de esta naturaleza me inducen a aconsejar que trabajemos los que nos dedicamos a estas cosas en colaboración con los laringólogos. Los sujetos que respiran mal por la nariz, los adenoides, aquéllos otros con amígdalas hipertróficas, tienen frecuentes modificaciones del murmullo en las partes altas de los pulmones, colapso del vértice que se ventila mal y que es asiento a la larga de procesos indurativos. Si existiendo el complejo citado hay décimas por una o por otra razón, y tos por faringitis, por ejemplo, el diagnóstico de tuberculosis se impone. Yo insisto sobre la tremenda responsabilidad que contrae el clínico haciendo estos diagnósticos a la ligera.

Especialmente con enfermos de cierta edad, las neoplasias torácicas o intratorácicas intervienen en los errores de diagnóstico. Yo vi hace algún tiempo a un hombre de cincuenta años que se quejaba de decaimiento general, de pérdida de peso; tenía tos con expectoración abundante y hemoptisis. Al poco tiempo dolor en el hemitórax derecho, roces y comprobación pronta de un derrame pleurítico. Punción y extracción de pequeña cantidad de líquido seroso. El curso del proceso demostró que se trataba de un carcinoma pulmonar y el enfermo no tardó en morir de caquecía cancerosa. El derrumbamiento general de un enfermo determinado puede depender de la evolución de una neoplasia visceral, por ejemplo, en el hígado. Como esta neoplasia no da sintomatología topográfica y como, por otra parte, encontramos signos de auscultación debidos a un proceso bronquioalveolar no tuberculoso, se interpreta mal el conjunto y se llega a hacer el diagnóstico de tuberculosis activa: en presencia de un sujeto de cierta edad se habla algunas veces de tuberculosis caquectizante, de los brotes caquectizantes de la cincuentena que en clínica se observan a menudo.

La mayor parte de los procesos determinantes de febrícula dan lugar alguna que otra vez al diagnóstico erróneo de la tuberculosis, y yo creo que tienen importancia práctica los focos renales que evolucionan insidiosamente, las nefritis y pielonefritis supuradas de poco aparato sintomático. En algunos sujetos preponderan los síntomas de estado general: sensación de malestar, astenia, y ciertos enfermos se ponen intensamente pálidos porque hay alteraciones en el reparto de la sangre o está perturbado el mecanismo vasomotor en la piel, o porque la toxemia, sin que se nos alcance la razón, parece actuar de un modo selectivo sobre la sangre. Si consideramos que no infrecuentemente hay síntomas de irritación pleural porque el proceso se extiende desde el riñón, por vía linfática, a la serosa, se comprende sin más insistencia que estos enfermos desorienten y confundan. La sintomatología subjetiva renal reduce en ocasiones al mínimo, y hasta puede

ocurrir que, no obstante intensificar las pesquisas urológicas, no encontremos motivo suficiente para hacer el diagnóstico de nefritis supurada. Un pequeño absceso renal puede evolucionar a la sordina meses enteros, determinando los trastornos generales a que me he referido hace un momento; y fiebre caprichosa y de poca intensidad. En tales circunstancias el hallazgo de pequeños síntomas de auscultación nos conduce al diagnóstico erróneo. Sólo muy tardíamente aparecen en las orinas hematies, leucocitos y bacterias, haciéndonos ver claro el asunto.

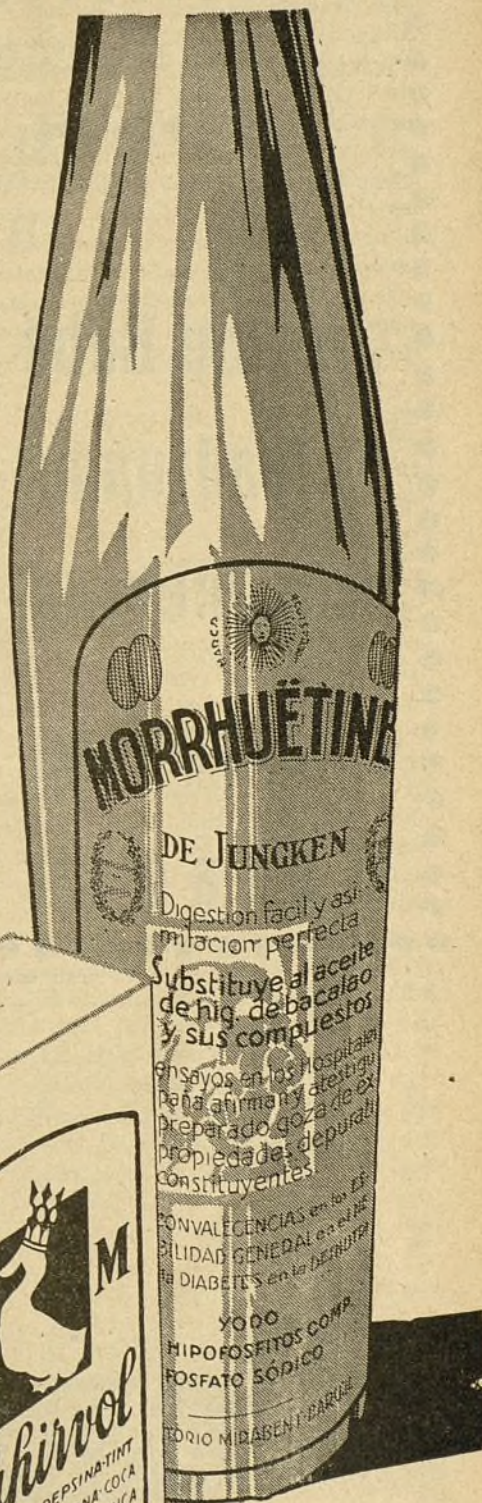
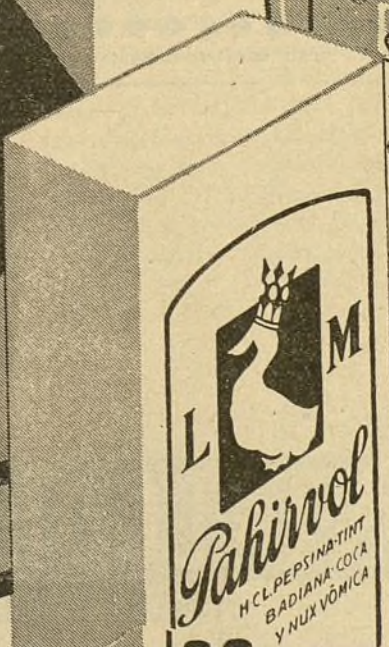
El cuadro clínico se complica notablemente cuando tales síntomas de proceso infectivo renal evolucionan en un tuberculoso manifestado que ha tenido otras veces episodios febriles de origen fímico, y la confusión llega al colmo cuando en el sedimento urinario descubrimos, además de otras bacterias, bacilos ácidosresistentes que no son de índole tuberculógena, sino gérmenes contenidos en el esmegma. Jamás el diagnóstico de tuberculosis, por claro que éste sea, debe incapacitar al clínico para seguir buscando obstinándose en la interpretación de todos los síntomas nuevos. Ni las investigaciones hematológicas sirven muchas veces para aclarar pronto el asunto, porque en ciertas nefritis supuradas rastreras, generalmente debidas al coli, no están muy aumentados los leucocitos y es borrosa, como en los fímicos, la fórmula leucocitaria, y porque el suero de estos enfermos no tiene aglutininas frente al coli citado. La práctica del hemocultivo falla unas veces y otras no.

En los niños el complejo febrícula, decaimiento, palidez y soplo bronquial en la espalda, hace a menudo sentar el diagnóstico de adenopatía traqueobronquial, y este diagnóstico, a mi juicio, se hace con bastante ligereza. Los límites que se señalan como fisiológicos para la percepción del soplo glótico en los niños son variables, y en sujetos normales la zona de percepción de dicho soplo es muy extensa. Esto ya interviene en el error y también el que no infrecuentemente se califica de respiración bronquial el murmullo respiratorio exageradamente intenso de los niños. En éstos y en las muchachas, sobre todo, las pielonefritis son bastante frecuentes, evolucionando en ocasiones con escasisima sintomatología topográfica y dando lugar a un complejo integrado, vuelvo a repetirlo, por trastornos gástricos, decaimiento, palidez y febrícula. El dicho diagnóstico de adenopatía traqueobronquial suele hacerse sin gran trabajo.

Es sabido que en las tuberculosas obsérvanse a menudo trastornos febriles en relación de dependencia con la menstruación, la llamada fiebre menstrual, de tal manera que cuando coincide dicha fiebre con un estado general mediano con tal cual pequeño síntoma tóxico, y más todavía con síntomas de auscultación, el diagnóstico de tuberculosis se hace casi de manera rutinaria. Este criterio nos lleva al error algunas veces, y es preciso tener en cuenta que la llamada fiebre menstrual no es solamente de origen fímico, y que se presenta en mujeres con otros procesos infecciosos; por ejemplo, cuando hay un proceso de pielonefritis, o cuando existe una colecistitis litiasica productora de sepsis lenta. Esto último lo he visto yo en un caso que diagnosticué equivocadamente, interpretando como fímico el conjunto sindrómico: se trataba de una mujer pálida y delgada con febrícula, con trastornos gástricos y con variaciones periódicas de la fiebre relacionadas con la menstruación. No era tuberculosa y tenía una litiasis biliar.

En este proceso confunde, por una parte, la existencia de febrícula variable, inconstante y caprichosa; por otra

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Ayuntamiento de 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 dinámofora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

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.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

parte, los trastornos del estado general y los síntomas gástricos. Hoy sabemos bastante de la fragilidad de la célula hepática y que con frecuencia se recogen en clínica síndromes más o menos acusados de insuficiencia funcional del hígado, siendo perfectamente conocido el hecho de que presentan síntomas de esta índole los enfermos con litiasis biliar. Cuando existe déficit hepático perturbase a menudo el metabolismo general del cuerpo, y así podemos muchas veces hablar de la delgadez de origen hepático. El hecho frecuente, y la desgraciada repetición de tener muchos individuos un murmullo vesicular borroso, turbio e impreciso, también el que muchos sujetos respiran de un modo insuficiente, porque no pueden o porque no saben respirar, porque ventilan poco sus pulmones, dejando en ellos una cantidad de aire residual verdaderamente considerable, aumenta las dificultades diagnósticas. En los sujetos que respiran mal, por entrar difícilmente el aire, o porque hacen movimientos respiratorios poco enérgicos, hay a menudo atelectasia y se oyen finos estertores de alveolitis, dando esto lugar a equivocaciones.

Vamos a hablar ahora de las confusiones diagnósticas a que puede dar lugar la granulomatosis maligna o enfermedad de Hodgkin, proceso muy interesante. El error se deriva de la mala interpretación de algunos síntomas muy frecuentes en la granulomatosis, como los trastornos del metabolismo, el adelgazamiento, la astenia, la fiebre, los síntomas cardíacos, los sudores y los síntomas mediatínicos. Muchas veces nace el mal juicio clínico del hecho de iniciarse aparentemente el síndrome de Hodgkin con tumefacción de los ganglios palpables del cuello, y por trastornos derivados de la ingurgitación de los traqueobronquiales. Como hay casi siempre signos de auscultación, el error es más fácil. En el linfogranuloma de Hodgkin hay todos los tipos febriles, pero son especialmente interesantes los enfermos que tienen febrícula: estos individuos dan desde el primer momento, por su aspecto (pálidos, delgados y abatidos), impresión de ser tuberculosos, y lo parecen más todavía después de auscultarles. Si encontramos en la radiografía aumentados los hilos, el diagnóstico se hace firme. Algunos enfermos de granulomatosis presentan desde los estadios iniciales grandes trastornos del metabolismo: adelgazamiento precoz, perturbación en el metabolismo del nitrógeno, con una destrucción exagerada de albúminas, y en este sentido se conducen exactamente igual que muchos tuberculosos.

Se ha hablado mucho de formas de la enfermedad de Hodgkin, según los territorios ganglionares, sobre los que parece principalmente localizarse el proceso, y yo acabo de referirme a la forma llamada mediastínica, siendo también de mucha importancia las formas peritoneales. Yo no puedo extenderme aquí sobre todos los problemas diagnósticos que se plantean a propósito de ellas, pero debo insistir especialmente sobre la circunstancia de que estas formas peritoneales evolucionan, a veces, con bastante ascitis: por esto y por el síndrome general se hace el diagnóstico de peritonitis tuberculosa.

No debo terminar este trabajo sin decir dos palabras sobre la etiología del síndrome de Hodgkin, a propósito de la cual se ha discutido y se discute mucho. Muchos autores de prestigio dicen que el síndrome de Hodgkin es de naturaleza tuberculosa, siendo Sternberg de esta opinión: se trataría de una flegmasia crónica ganglionar, proliferante, de origen fímico. Para hacer esta afirmación no basta con el hecho de encontrar lesiones tuberculosas en los cadáveres de estos sujetos, y se debería recurrir

sistemáticamente al examen de cortes numerosos y a la inoculación de los ganglios enfermos a los conejillos. Muchos casos no se han estudiado de esta manera. Hace seis años, Stewart y Dobson publicaron un estudio muy interesante, dándonos cuenta de que habían inoculado a monos con ganglios linfáticos de enfermos de Hodgkin. Uno de los monos a los cuatro meses y medio tenía hiperplasia de los folículos linfáticos y de los cuerpos de Malpighi del bazo: encontraron células gigantes que interpretaron como síntoma de probable reacción alrededor de un cuerpo extraño. En los demás animales, resultados por completo negativos. Un mono, dos años después de la inoculación, estaba bien, y el otro mono a los tres años se encontraba perfectamente.

Yo creo que la delimitación actual del síndrome de Hodgkin no es muy precisa; que se trata, como ya he dicho, de una flegmasia ganglionar proliferante, no de un solo origen infeccioso, y de origen fímico a menudo, sin que baste para negar esto la no existencia de bacilos en las lesiones y el hecho de no transmitir la tuberculosis inoculando extractos de ganglios. Con seguridad se ha establecido el origen tuberculoso, la naturaleza tuberculosa de algunos casos, y se ha conseguido transmitir la tuberculosis al conejillo inoculando las adenitis específicas. Siempre debemos tener en cuenta que los ganglios granulomatosos pueden infectarse secundariamente evolucionando entonces lesiones tuberculosas. Stenberg dice que se trata de una forma especial de fímia localizada en el sistema linfático, y Fränkel y Much dicen haber encontrado en las neoformaciones características los gránulos de este último autor. Sticker y Lowenstein opinan que el bacilo bovino es el determinante de la granulomatosis de Hodgkin.

Las investigaciones hematológicas no nos permiten en todos los casos hacer un diagnóstico diferencial. En los enfermos de Hodgkin hay a menudo anemia intensa con gran disminución de hematíes, exactamente igual que en los tuberculosos. Frecuentemente hiperleucocitosis polimorfonuclear neutrófila con eosinofilia. Yo he visto dos enfermos, uno de ellos diagnosticado por biopsia con pocos granulocitos circulantes y sin eosinófilos. El hallazgo de linfocitosis y monocitosis en un sujeto que nos hace dudar entre tuberculosis y granuloma maligno dice casi siempre lo primero.

Servicios de Fimatología del Dr. Valdés Lambea
Hospital Militar de Madrid-Carabanchel

Cirugía de la tuberculosis. **Una intervención nueva: la neurectomía intercostal** **múltiple combinada con la frenicectomía.**

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 20 DE FEBRERO DE 1930

El Dr. Valdovinos.—Nos proponemos con la colapsoterapia una inmovilización pulmonar relativa, una reducción de la circulación sanguínea y linfática, contando con la retractilidad del órgano. Base fundamental de la indicación es el diagnóstico anatomopatológico preciso; el clínico, que nos dice la evolución del proceso. El neumotórax se emplea en caliente, y los otros procedimientos siempre en frío. Los peligros aumentan con la posible bilateralidad de las lesiones, con la sinextrocardia por grandes adherencias. A veces el fracaso no depende de la técnica,

sino de una indicación poco precisa. Debe preceder al tratamiento quirúrgico un examen completo del enfermo: del pulmón, del corazón, del riñón, etc.; del estado general, y hay que medir la resistencia para soportar intervenciones largas. Es indispensable una cura de sanatorio consecutiva al tratamiento quirúrgico. Tengamos en cuenta que la tuberculosis, en su origen, es una infección general, y siempre con tendencia a serlo.

Nos proponemos, unas veces, comprimir el pulmón, otras desaguar una cavidad, otras atrofiar el órgano ligando las arterias nutricias, y otras veces suprimir el pulmón (lobectomía). El neumotórax es aplicable a las tuberculosis agudas unilaterales de tipo bronconeumónico y fiebre alta: da en el primer año resultados favorables, pero su aplicación puede ser larga, de acción pasajera y produce complicaciones pleurales, fistulas broncopulmonar y pleural, y el derrame se puede infectar secundariamente. Los resultados inmediatos brillantes vénse comprometidos con frecuencia por los derrames, la sinfisis precoz, las fistulas. Es preciso observar bien al enfermo con neumotórax para emplear, si se cree conveniente, el cleotórax, la frenicectomía, la toracoplastia.

La frenicectomía es fácil, benigna, y da un colapso definitivo. Está indicada en las hemoptisis, en las lesiones del lóbulo inferior, aunque favorece las altas; en las tuberculosis fibrocásicas o caseosas evolutivas de gravedad media en la que ha fracasado el neumotórax. En los empiemas disminuye la cavidad pleural. Para ser eficaz debe ser extensa; su empleo aislado no es muy ventajoso y entonces se debe asociar al neumotórax o a la toracoplastia, cuidando de que entre ellas haya un intervalo suficiente; los resultados de la frenicectomía comienzan transcurridos semanas o meses.

No exige la toracoplastia extrapleural la estricta unilateralidad anatómica. Produce un colapso pulmonar definitivo y está indicada en las lesiones graves, exigiendo buena resistencia general y un pulmón con tendencia a la cirrosis. No son contraindicaciones ni la edad ni el embarazo, y hay que cuidar de la insuficiencia cardiovascular, de la cianosis, de las lesiones renales. También puede emplearse en las hemoptisis si fracasan la frenicectomía y el neumotórax. Suprime la cavidad pleural y no se reproduce el empiema. No es recomendable en formas caseosas, rápidas, exige un tratamiento médico consecutivo y puede hablarse de buen resultado si al año de la intervención el pulmón está clínicamente bien y si es bueno el estado general del enfermo. Las muertes postoperatorias precoces se deben a desfallecimiento cardíaco, y las que se presentan en la segunda semana a neumonías, bronconeumonías, granulias.

La decolación pleuropulmonar es aplicable a lesiones muy localizadas, y en especial a las cavernas de vértice. Poco favorables los resultados lejanos, y temibles las infecciones secundarias graves.

El drenaje se propone desaguar las bronquiectasias, el absceso, la gangrena, el empiema interlobular. Necesítase a menudo de una intervención complementaria para tratar definitivamente el proceso.

Por medio de la ligadura de las arterias nutricias del pulmón nos proponemos atrofiar éste. Los resultados son mediocres, sin valor práctico.

La lobectomía permite hoy separar el lóbulo entero con el cauterio. Son enfermos que un día u otro morirán de su supuración pulmonar, infecciones sobreañadidas, hemorragias, embolia cerebral o septicemia crónica.

El Dr. Valdés Lambea.—Desgraciadamente el trata-

miento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar pesa poco en la solución del gran problema, de la totalidad del problema, aun cuando produzca grandes triunfos individuales. En el Servicio hacemos muchos neumotórax y bastantes frenicectomías, interviniendo conmigo los cirujanos del Hospital. Recientemente el Dr. Bastos ha operado a un enfermo de neurectomía intercostal múltiple, intervención reciente que yo sepa no practicada en España. Primeramente se realiza una frenicectomía radical, y después, a los ocho o diez días, la neurectomía intercostal múltiple. Con la intervención se produce una inmovilidad casi completa del hemitórax, y en el buen resultado intervienen esta inmovilidad y la frenicectomía dicha. La intervención me parece muy racional, quizá aplicable a bastantes enfermos, y me propongo aconsejar su empleo de acuerdo con mis colegas los cirujanos de Carabanchel. El doctor Bastos tiene la palabra para hablar de la técnica de la intervención.

El Dr. Bastos.—En el presente momento, cuando he acabado de realizar por primera vez la operación de neurectomía intercostal múltiple (según Alexander), no puedo hacer más que dar una impresión personal sobre la técnica de dicha operación, sus dificultades y los auspicios que me merece en cuanto a su eficacia futura. En líneas generales me ha parecido dicha operación mucho más sencilla y más fácil de lo que me figuraba. En ningún momento he tenido la sensación del peligro ni la de una posibilidad de perderse en terreno vedado; se trata, si, de una operación larga y monótona, pero de ningún modo *chocante*, perdónenme el neologismo. Si se hace con mucho detenimiento la anestesia de los planos musculares, el enfermo no experimenta el menor dolor cuando se cortan, al paso por dichos planos, los pedículos vasculares. Tampoco es dolorosa la sección de los músculos intercostales externos. Unicamente al llegar al nervio intercostal, el enfermo se quejaba siempre de dolor en la cara anterior del pecho. La infiltración de este nervio y su arrancamiento después, no produjeron ningún dolor. Claro es que antes de efectuar el arrancamiento, dejamos pasar más de un cuarto de hora, que empleé en buscar los restantes nervios, según consejo de Alexander.

La descripción de este autor en cuanto al acceso al nervio intercostal, una vez incindido el músculo intercostal externo, no me pareció enteramente ajustada a la realidad en nuestro caso. En todos los espacios encontré el nervio más oculto tras la costilla superior que lo que señala Alexander, es decir, que en nuestro enfermo, al menos, la posición de dicho nervio se ajustaba más a lo que dicen las anatomías, o sea que el paquete intercostal estaba siempre oculto tras la concavidad interna de la costilla superior. De todos modos el hallazgo del nervio fué relativamente fácil en los espacios tercero a octavo. Más difícil en los inferiores a éstos, y todavía más dificultoso el hallazgo en el segundo. Efectivamente, en los espacios inferiores, las costillas están casi en contacto, como es sabido, y para crear entre ellas un verdadero espacio había que apartarlas fuertemente con el separador, y ello ocasionaba molestias difícilmente evitables. El segundo espacio está, por otra parte, tan profundamente hundido entre músculos que la visibilidad del nervio en el estrecho fondo de una sima muscular es cosa verdaderamente trabajosa.

La operación duró desde el principio de la incisión al fin de la sutura, hora y media, aproximadamente. El enfermo, que se había quejado algo en los momentos aludidos de la misma, se encontraba al final en perfecto estado, sin sensación alguna de agotamiento, y únicamente, decía,

experimentaba una sensación de peso o compresión general muy moderada de todo el costado derecho. Ni el número de pulsaciones ni la tensión arterial variaron lo más mínimo en todo el curso de la intervención.

En los días transcurridos continúa el enfermo en excelente estado. La sensación de peso en el costado parece ser mayor y hay cierta dificultad en los movimientos de rotación del tronco, que atribuimos, más que a nada, a las secciones de los músculos parietales que se hicieron necesariamente en la intervención. Sobre la eficacia de la misma nada podemos aventurar por el momento. Sin embargo, nuestra impresión es que se trata de una intervención perfectamente inocua que obedece a una concepción tan fisiológica como la de la frenicectomía. En ambos conceptos, podemos decir que nos inspira esta operación más simpatía que la de la toracoplastia, intervención más mutilante e inspirada en una concepción quirúrgica, esto es, resueltamente simplista. Claro es que ambas operaciones deben tener un campo bien deslindado de aplicaciones, y no estoy autorizado en este momento a establecer las comparaciones respectivas de las neurectomías y de las toracoplastias. Lo que sí creo poder afirmar es que con la neurectomía intercostal he adquirido un nuevo recurso de colapsoterapia quirúrgica, lleno a mi entender, de halagüeñas posibilidades.

BIBLIOGRAFIA DE FIMATOLOGÍA

TUBERCULOSIS INFANTIL, del nuevo Tratado de Medicina y Terapéutica de Gilbert y Carnot, por Barbier. Espasa-Calpe. 1930.

La lectura del original francés, y más todavía su estudio, me convencieron hace algún tiempo de que se trataba de una buena obra, de un libro digno de publicación y sumamente útil para los pediatras, para los médicos generales y para los fimatólogos. Barbier ha hecho un libro original, muy interesante, con materiales propios; ha estudiado bien a los enfermos, los ha explorado con amplitud y ha interpretado muy correctamente los síndromes clínicos. Yo encuentro de mucha importancia la parte que dedica al estudio de las lesiones. El autor ha procurado cuidadosamente evitar la esquematización, tan frecuente en los libros de esta clase, y ha estudiado este asunto de la anatomía patológica de una manera muy natural. Yo aconsejo a los lectores de este libro que presten especial atención al estudio de las páginas que dedica Barbier a las lesiones congestivas. El desconocimiento de estas lesiones, el no pensar en ellas cuando se ausculta a los enfermos y mientras se observan los síndromes funcionales, imposibilita para la interpretación correcta de estos síndromes y de los síntomas estetoscópicos. En muchos procesos tuberculosos de los niños (y de los adultos también) son lo de menos las lesiones foliculares, las granulaciones específicas, y adquieren especial relieve los procesos flegmáticos y exudativos, los procesos de alveolitis, bronquiolitis, etc. El no recordar en todo momento la anatomía patológica, da lugar a que muy a menudo se diagnostiquen incorrectamente tuberculosis pulmonares de los niños.

Barbier da pruebas en esta obra de gran sentido clínico y se fija sobre algunos tipos de la mayor importancia. Por ejemplo: habla de una categoría de atroficos por tuberculosis más o menos enmascarada, con lesiones orgánicas y viscerales de origen tóxico, desproporcionadas con las lesiones específicas. Habla de ciertas *familias catastróficas*, sean del dominio de la sífilis o del de la tuberculosis.

Están muy bien las páginas que dedica al estudio de diversas formas anatomopatológicas: granulosas, en ramillete, neumónicas generalizadas, etc., y es de gran valor el estudio del síndrome tóxico de los síntomas funcionales de la tuberculosis infantil: los síntomas respiratorios, los trastornos del metabolismo, los síntomas digestivos, etc.

A estos síndromes funcionales deben conceder los médicos atención preferente porque son los más importantes para hacer con oportunidad un diagnóstico de tuberculosis y para evitar a los niños los peligros tan frecuentes de diagnosticarlos de un modo erróneo. De estos errores nos habla Barbier lo mismo refiriéndose a formas que evolucionan subrepticamente, que a otras que lo hacen como un proceso infeccioso agudo. Habla de los atrépsicos que son simplemente tuberculosos, de los niños asténicos, de los pálidos, de las formas desconocidas que pueden calificarse de latentes, de los síntomas digestivos, de los síndromes pseudoleucémicos, de origen tuberculoso. Estudia estos procesos en las distintas edades, se ocupa de la meningitis, de las localizaciones pulmonares evolutivas, y dedica, por último, unas cuantas páginas ponderadas e inteligentes a la cuestión del tratamiento.

Los médicos de habla española estamos de enhorabuena y debemos gratitud a Espasa Calpe por haber editado este libro, bien traducido y limpiamente hecho.

MODERNOS ESTUDIOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR, por el Dr. F. R. de Partearroyo 131 páginas y 66 figuras. Morata. Madrid, 1930.

Dice el autor en la introducción de este libro que él pensó hace poco tiempo, al empezar a dirigir el Sanatorio de Guadarrama, publicar los anales de dicho Sanatorio, y que no ha podido realizar esta idea. Ella merece toda clase de alabanzas. Es lamentable la escasa contribución que hacen al progreso mundial los sanatorios españoles, y no ciertamente depende esta parquedad productiva de la falta de competencia de los médicos de dichos sanatorios. Se ha pecado en nuestro país de falta de publicidad de los nuestros, limitándonos a ir viviendo del material científico importado. Yo animo al Dr. Partearroyo para que haga pronto una realidad de la citada idea.

No debe perderse la labor de los sanatorios antituberculosos españoles. Siempre hay en los centros ricos en enfermos cosas que decir, cosas dignas de ser publicadas, y no basta con que la contribución de los sanatorios españoles se reduzca a unos cuantos artículos anuales de revista. Están obligados, esta es mi opinión, a contribuir de un modo más intenso a la cultura fimatológica del país y deben dar a conocer la labor científica que en ellos se hace.

Yo conocía casi todos los trabajos que ha reunido el Dr. Partearroyo en este volumen. En el capítulo primero «Etiología de la tuberculosis y sus aplicaciones en la infancia», está su conferencia en la Escuela de Puericultura. Es un capítulo de erudición y está la parte de más interés en las páginas que dedica a la infección transplacentaria y al virus filtrable: sobre este tema se extiende en el capítulo segundo. En el capítulo tercero se ocupa de estudiar el neumotórax localizado y las cavernas tuberculosas, y en el cuarto habla de los fracasos de la auscultación. Yo creo que la auscultación no ha fracasado: fracasan los auscultadores, los virtuosos del estetoscopio, los que pretenden sacar demasiadas deducciones de la auscultación y especialmente los que al auscultar no tienen en cuenta en todo momento las enseñanzas de la anatomía patológica. Fracasan las sentencias auscultatorias,

los esquemas auscultatorios: la auscultación no fracasa, a mi juicio.

El capítulo quinto, donde habla el Dr. Partearroyo de la curación por resolución de la tuberculosis pulmonar, es muy instructivo, y es lástima que los españoles no hayamos hecho todavía un libro semejante al magnífico y luminoso de Jaquerod, «Los procesos naturales de la curación de la tuberculosis pulmonar», que Partearroyo cita. Por no tener en cuenta la frecuencia con que ejercita el organismo eficazmente estos procesos naturales de curación, vivimos en fimatología de ilusiones terapéuticas, y se ha concedido y se concede importancia a medicaciones anodinas. Ciertamente muchos tuberculosos no se curan porque la vida misma no les permite desarrollar los mecanismos naturales y llegan a curarse si les ayudamos un poco.

Por lo que se refiere a la sanocrisisina, Partearroyo no admite las ideas simplicistas de Mollgaard y maneja el fármaco con prudencia. Tiene razón, y yo creo que hace bien. A mi juicio, no obstante su prudencia al afirmar los buenos efectos del remedio, es demasiado optimista, y yo creo que hay que insistir más sobre las contraindicaciones.

El capítulo noveno del libro se dedica al neumotórax selectivo en la tuberculosis, y el décimo a un estudio experimental sobre el lavado de pulmón.

La edición es muy buena, como de Morata, artista del libro.

TRATADO DE ENFERMEDADES DE LOS NIÑOS, publicado bajo la dirección de los profesores Engel y Pirquet, con la colaboración de varios autores alemanes, ingleses y norteamericanos. Tomo I, con 481 grabados y cerca de 900 páginas. Editor, Georg Thieme, de Leipzig, 1930.

Trátase de un libro enciclopédico y verdaderamente monumental de Fimatología infantil que deja en el lector una sensación de empequeñecimiento y en el estudioso que es al mismo tiempo publicista, casi la decisión de no acometer nunca la empresa de escribir un libro.

En éste de que ahora me ocupo han colaborado los autores más prestigiosos de Alemania, de Inglaterra y de los Estados Unidos, incorporando todos ellos a la obra común las aportaciones de la ciencia universal. Todos los que nos dedicamos a la Fimatología estamos obligados al estudio de este libro, y más todavía, a mi juicio, los pediatras.

No es posible en una nota de esta clase intentar el análisis de un libro de esta naturaleza y he de limitarme casi a la enumeración de capítulos. El primero está dedicado al agente productor, tratándose por Lydia Rabinowitsch del problema de las distintas razas del bacilo y estudiándose por Stanley Griffith, de Cambridge, los tipos bacilares en el hombre en la Gran Bretaña.

El capítulo segundo se dedica a las puertas de entrada de la infección desde el punto de vista anatomopatológico, y está escrito por Ghon y Kudlich, de Praga. También estudia en este capítulo Lange, de Berlín, los modos y vías de infección, y en él se dedica una parte a la tuberculosis de la placenta, desarrollando este tema Schmorl, de Dresde.

En el capítulo tercero se estudia la epidemiología, especialmente desde el punto de vista familiar por Wilhelm Weimberg, de Stuttgart.

Dedicase el capítulo cuarto al estudio de la anatomía patológica en los distintos órganos y sistemas, por Beitake, y al fundamento anatómico del proceso de la inmunidad, por Sommerfeld, de Orthavelland.

Bauer, de Hamburgo, estudia en el capítulo quinto la inmunobiología; Redeker, de Marnfeld, el problema de la

infección; Hamburger, de Gray, la patología general en los distintos estadios del proceso, y Engel y Selma Segall, de Dortmund, la predisposición.

La segunda parte del libro es de índole clínica, y el capítulo primero, dedicado al periodo primario, comprende diversos artículos. Los fenómenos iniciales se estudian por Herbert Koch, de Viena; la incubación, por Epstein, de Praga, y la clínica del complejo primario, por Engel.

El proceso curativo se estudia radiográficamente por Priesel, de Viena; la tuberculosis placentógena, por Zarfl; la anterógena, por Engel; las estomatógena y aquella cuyas primeras manifestaciones se observan en las vías aéreas superiores, por Hayek y Wessely; la tuberculosis exógena de la piel, por Fischl, de Praga.

El capítulo segundo se dedica al periodo secundario, estudiando en él Liebermeister la bacilemia, y Simón y Wimberger, la tuberculosis pulmonar; Kleinschmidt, estudia las inflamaciones periféricas, y Engel, la meningitis y la tuberculosis miliar; Wiese se ocupa de estudiar el tercer estadio. La tercera parte comprende el estudio de la tuberculosis de los distintos órganos: piel, pleura, abdomen, órganos urogenitales, huesos, articulaciones, ganglios, ojos, oídos, vías respiratorias superiores.

En la cuarta parte se estudian los procesos paratuberculosos: la escrofulosis, la linfogranulomatosis, las enfermedades pulmonares crónicas no específicas.

Cada uno de los distintos capítulos de este libro es una verdadera superación, y el conjunto es verdaderamente admirable.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN EL NIÑO Y EN EL ADULTO, por Verdes Montenegro. Ed., Compañía Ibero Americana. Madrid.

Acaba el Dr. Verdes Montenegro de saldar una deuda que tenía pendiente con los estudiosos de la Fimatología. Estaba obligado a reunir en un libro los resultados de su experiencia personal, a partir de su última publicación de conjunto, y a darnos a conocer cuáles posiciones había tomado según los últimos estudios de todo el mundo sobre los distintos problemas de la tuberculosis. Como él mismo dice, «sus simpatías hacia la constante renovación de ideas ya le han colocado varias veces en la situación de la esfera elástica que en el aparato de física dedicado a demostrar la propagación de las fuerzas, comunica a la esfera colocada a uno de los lados la energía que de la situada al lado opuesto recibe». Efectivamente, Verdes Montenegro trasmite a la juventud estudiosa la energía recibida de un modo fiel y amplificándola además.

Al día el libro, pone al tanto al lector de los progresos más recientes en los múltiples aspectos, diagnósticos y terapéuticos de la tuberculosis. Estudia el diagnóstico específico, los hemogramas. Detiéndose especialmente en las formas evolutivas de la tuberculosis en el niño y en el adulto, e insiste sobre la importancia de conocer los infiltrados precoces. Se refiere a los conceptos y a las investigaciones de Aschoff, Redeker, Asmann, Loeschke, tan interesantes. Estudia las infiltraciones del perifoco, las infiltraciones tardías, las iniciaciones apicales, etc. Detiéndose en consideraciones pronósticas, y finalmente estudia los distintos procedimientos terapéuticos, desde el tratamiento por antígenos, que como yo, sigue practicando, hasta las técnicas de Jacobeus y otros recientes procedimientos quirúrgicos. El libro está lleno de citas de autores españoles. Tiene numerosas radiografías, algunas muy interesantes.

Los lectores de nuestra lengua están de enhorabuena por la aparición de este libro.

Por una peseta y cincuenta céntimos

sin otro gasto alguno

puede usted adquirir una utilísima obra **encuadernada** de la

Biblioteca de EL SIGLO MEDICO—MONOGRAFÍAS

Esta Biblioteca, de gran interés práctico, acaba de publicar los siguientes volúmenes:

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el Dr. Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El Médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.

En prensa se encuentran los volúmenes

Epilepsia, sus modalidades y sus tratamientos, por el Dr. Francisco Huertas y González del Campillo.

Cartilla de Deontología médica, por el Dr. Carlos María Cortezo.

Tratamiento de la difteria, por el Dr. S. García Vicente.

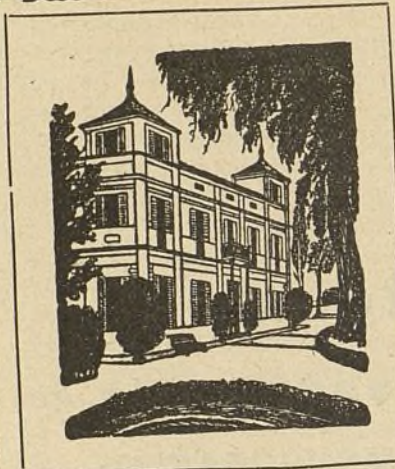
Cada tomo de estas MONOGRAFÍAS se compone de **128 páginas**, de 16 por 12, impresas en tipo claro y elegante sobre papel de especial fabricación, con las figuras precisas y encuadernación cartoné fuerte y de sobrio gusto.

El precio para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO es de **1,50 pesetas**, y para los no suscriptores, de **1,75 pesetas**.

Por 1,50 ptas., enviadas en sellos de correo y **sin ningún otro gasto más**, puede recibir una de las **Monografías** ya publicadas. Su lectura ha de persuadirle de la utilidad de la obra. Su precio ha de admirarle, porque **un tomo elegantemente encuadernado, con buen papel, láminas en cliché y 128 páginas**, difícilmente puede adquirirse por **una peseta y cincuenta céntimos**.

¡Son libros nuevos! Los textos están expresamente escritos para nuestras Monografías. Contienen las más modernas teorías existentes en cada uno de los temas que se tratan. Son, sobre todo, prácticas.

Dirijase a la Administración de **EL SIGLO MEDICO**, Serrano, 58, Madrid.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA
Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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.

ALMORRANAS



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

VACANTES

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de San Vicens dels Horts (Barcelona), con el haber anual de 1.500 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 9 de Abril.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 1.730 habitantes, a 12 kilómetros de la capital y a 4 de la cabeza de partido (San Feliú de Llobregat). Cerca está la carretera de Madrid a Francia y de Tarragona a Barcelona. Río Llobregat. Ferro carril.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Peñalba (Huesca), 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 9 de Abril.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 1.273 habitantes, a 35 kilómetros de la cabeza de partido (Praga), y a 80 de la capital. La estación más próxima, Sariñena, a 50 kilómetros. Carretera de Madrid a Francia.

—Por tercera vez se anuncia la plaza de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Litago y sus agregados Lituénigo y San Martín de Moncayo (Zaragoza), 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 13 de Abril.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 555 habitantes, a 12 kilómetros de la cabeza de partido (Tarazona), cuya estación es la más próxima, y a 70 de la capital.

(Continúa en la pág. XVIII.)

BAD-NAUHEIM

(ALEMANIA.)

EL MEJOR BALNEARIO DEL MUNDO PARA LOS ENFERMOS DEL CORAZON

Consigue también éxitos insuperables en las enfermedades de las arterias, en el reumatismo, gota, bronquitis, procesos medulares de los nervios periféricos y genitales de la mujer. En este Balneario encuentra el convaleciente una variedad maravillosa de manantiales cloruradosódicos termales y carbogaseosos, con todos los procedimientos modernos de tratamiento y a voluntad, múltiples ocasiones de distracción y de actividad deportiva, o el beneficio del reposo absoluto en el parque, único en su especie, de los maravillosos alrededores. Las condiciones del alojamiento satisfacen tanto los deseos más refinados como los más modestos. Facilidades para el tráfico. A 45 minutos de Frankfurt s/Main. Pídanse informes detallados a Hess. Bad-u. Kurverwaltung y a todas las oficinas de turismo y de tráfico.

EL ARRIERO BURGALÉS

Este arriero que, en su yegua,
va recorriendo Castilla
legua a legua, sin más tregua
que un descanso en la ventilla,
de pasada,
y una noche en la posada
de la villa,

tiene, en su rostro corvino
y en su atuendo aventurero,
el aire de un bandolero
que nos saliese al camino.

Pardo como los rastros
del tempero burgalés,
vive apegado a las miés
lo mismo que los gorgojos,
y cuando clava los ojos,
que puntas de acero son,
tiene la misma dureza
que la pelada corteza
que abre paso al Arlanzón.

Si fué Blas de Santillana
o Ginés de Pasamonte,
tanto da. No hay horizonte
para su astucia aldeana,
y escudero o mercader
vagabundo o trujimán,
sabe a conciencia ejercer
sus oficios de rufián.

Desde Burgos a Almazán,
desde Soria a Peñafiel,
no existe feria sonada
donde él no apure un pichel
tras de una buena empanada,

y cruza la tierra yerma
de Salas de los Infantes,
por las lomas ondulantes
de los páramos de Lerma.

Sin fatiga, anda que anda,
ajeno al calor y al frío,
pasa en Bureba el estío
para invernar en Aranda,
y sin otro compañero

que su yegua flaca y dura,
a buen paso de andadura
trashuma de Enero a Enero.

Así, Castilla. Este arriero
es su retrato cabal:

por lo sufrido, inmortal;
franciscano, por lo austero.

Y aunque en apariencia tiene
turbia y hosca la mirada,
no es capaz de hacernos nada
quien de nada se mantiene.

Más bien con la lanza en ristre
o el crucifijo en la mano,
vimos antes—siena y bistro—
a este arriero castellano.

Noble y cano,

grave y seco,
ceñía arnés italiano
o ascético balandrán.

¡Fué un caballero del Greco
o un monje de Zurbarán!

Y hoy, cambiando la armadura
o el sayal por los zahones,
plañiendo su desventura
van cruzando la llanura
Guzmanes y Carriones.

Este arriero que Castilla
va en su yegua recorriendo,
cambió en albarda la silla
de soldado; del estruendo
de la guerra hizo esta paz;

fué servil, siendo altanero,
y de gerifalte fiero
pasó a aguilucho rapaz.

Por eso, cuando nos mira
de paso, furtivamente,

no es malquerencia, no es ira;
es vergüenza lo que siente.

Vergüenza de que la vid
heroica se haya secado...

—¿Adónde vas, Sancho Cid,
con la bota en el costado?

¿Son estas tierras aquellas
de Rodrigo de Vivar?

¿Son éstas, de pan llevar,
las que vieron ondear
grímpolas reales en ellas?

Sólo cuando caiga inerte
este arriero desdichado
le habrá devuelto la muerte
a su primitivo estado.

Tierra es, tierra cocida;
tierra de Castilla parda.
Ella le ha dado la vida;
ella, en la muerte, le aguarda.

Como guijo en el trigal,
calcinado por el sol,
vivió este arriero español
su miseria corporal.

¡Y cuando el alma recobre
la libertad ansiada
será una espiga dorada
que irá elevándose sobre
su osamenta descarnada!

El cielo se ha oscurecido.
El arriero pica espuelas,
se interna en las callejuelas
del partido

y no se escucha más ruido
que el ondular de las mieses.
¡Ay, hidalgos burgaleses,
y a qué poco habéis venido!

LUIS FERNÁNDEZ ARDABIN.

(De Blanco y Negro.)

ANTIPHLOGISTINE

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

EL DINERO

Algunos atribuyen la invención de la
moneda a Cain; otros a Noé. Parece ser
que las primeras monedas eran unas tar-
jas de cuero con alguna señal, y se les
llamó pecunie o pecubio, del latín *peccus*,
que significa ganado, como lo dice clara-
mente Alfonso *El Sabio* en las Partidas.
En un principio las señales de estas tar-
jas eran puntos y rayas, después comen-
zaron a dibujarse ganados, genios, armas,
buques, etc., hasta que siendo éstos fal-
sificados el legislador puso una marca
para avisar las monedas que eran vale-
deras y corrientes, y por eso se llamó
moneda, del verbo latino *moneo*, que
significa avisar.

En tiempos de Abraham ya existían
monedas de oro y plata, según se colige
de la *Biblia*; y en tiempo de Tobías, se
daban dineros a rédito con escritura y
recibo. Este gran patriarca dió una can-
tidad a Gabelo, y de ahí llamar gabela al
rédito de la cantidad prestada.

Dícese que el primero que hizo grabar
su efigie en la moneda fué Dionisio, tira-
no de Siracusa. Otros creen que fué Julio
César.

En Polonia, durante la Edad Media, se
usaron monedas de cuero.

Licurgo prohibió a los espartanos las
joyas y las monedas de oro y plata, sus-
tituyéndolas por otras de hierro muy pe-
sadas y voluminosas.

Las primeras monedas se hacían a
martillo, después a golpe de máquina,
hasta que el ingeniero francés M. Cos-
taingen inventó, en 1685, la máquina del
cordoncillo, que luego se perfeccionó.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Cura de la tartamudez.

Se asegura que para la tartamudez
hay un eficaz remedio. Consiste en una
aplicación razonada de toda clase de sal-
tos conocidos, saltos de longitud, de pro-
fundidad, para atrás, etc.

Este tratamiento no sólo cura la tarta-
mudez, sino que hace fácil la locución.

Receta para vivir cien años.

No ha mucho falleció en Londres, a
la edad de ciento diez años, Mrs. Rebe-
ca de Clork, conocida con el apodo de
«Gran Vieja».

Al expirar, rodeaban su lecho sus
tres hijos, respetables ancianos, y sus
cuatro nietos, también personas de edad
madura.

Antes de morir revelóles el secreto
de su longevidad, diciéndoles:

«He llegado a los ciento diez años.
¿Y sabéis por qué? Porque no me he
irritado nunca, que yo sepa.

Cuando sufría alguna pérdida o con-
trariedad, me decía inmediatamente: Si
es reparable y puedo repararlo, es in-
útil que me indigno o sufra. Y si es
irreparable, también inútil, y todo lo
que conseguiré será ponerme enferma.
Y recobraba la tranquilidad después de
haberme hecho tan sencillo razona-
miento.

¡Seguid mi consejo, hijos míos!; *nada
hay en la vida que valga la pena de inco-
modarse.*

Sorprendentes resultados obtendrá usted en
Esguinces, si prescribe dos veces día:
baño alcalino local a temperatura elevada y
a 5 a 10 c. c. de **YODEOSAL** en
fricción suave.

CUANDO SE ENVÍEN trabajos para
la composición a un impresor, debe te-
nerse muy presente:

Que la letra sea clara.

Haber corregido el original con el
mayor detenimiento para no dar lugar
a alteraciones en las pruebas, que cau-
san un perjuicio material a la imprenta
y otro moral al escritor.

No escribir las cuartillas más que
por un solo lado.

Remitir el trabajo terminado.

EL MATRIMONIO entre hermanos
era costumbre en la familia de los reyes
de Egipto en su época más esplendoro-
sa, pero acaso por ello la raza fué aca-
bándose.

Los diez mandamientos.

Cinco mil años antes de Moisés se conocían en la India estos preceptos de Budha:

«Todos los actos de los seres vivientes se vuelven malos por diez cosas, y evitando estas diez cosas se vuelven buenos.

Hay tres pecados del cuerpo, cuatro pecados de la lengua y tres pecados de la mente.

Los pecados del cuerpo son: asesinato, robo y adulterio; los de la lengua, mentira, calumnia, ofensa y murmuración; los de la mente, envidia, odio y error.»

"MALTOPOL"

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

EL DR. FARADAY decía que la edad natural del hombre era de cien años. Creía que la duración de la vida se debía medir por el tiempo que tardaba el ser en crecer. En el camello, la unión tiene lugar a los ocho años; en el caballo, a los cinco; en el león, a los cuatro; en el perro, a los dos; en el conejo, a un año. La terminación natural es al fin de cinco de estos periodos.

Tardando el hombre veinte años en crecer, vive cinco veces veinte años, o sean cien años; el camello tarda ocho años en crecer y vive cuarenta años, y así los demás animales. El hombre que no muere de alguna enfermedad vive de ochenta a cien años. El profesor Faraday divide la vida en dos mitades iguales, crecimiento y decrecimiento, y éstas en infancia, juventud, virilidad y vejez. La infancia se extiende hasta los veinte años; la juventud hasta los cincuenta, porque en este periodo es cuando se solidifican los nervios, la virilidad; de los cincuenta a los sesenta y cinco, durante cuyo tiempo el organismo permanece completo, y a los setenta y cinco comienza la vejez, que dura más o menos tiempo, según que la disminución de las fuerzas de reserva ha sido apresurada o retardada.

Hay necesidad de conformarse con bastante menos...

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

El gorro de Clemenceau

Clemenceau fué enterrado con el famosísimo bonete o gorro que llevó durante muchos años, y sin el cual sería difícil imaginar la fisonomía del «Tigre». Mademoiselle Blanche Vogt acaba de publicar en París los siguientes datos interesantes acerca del célebre gorro:

El bonete fué inventado en 1915 por una sombrerera francesa, mademoiselle Jeanne Taty; la sombrerera sabía que Clemenceau tenía horror a los sombreros corrientes por encontrarlos demasiado pesados y molestos, y de aquí que quisiera ofrecerle un casquete práctico, ligero y de abrigo. Cuando lo tuvo con-

feccionado se encaminó a casa de Clemenceau, y al anunciar su pretensión de verlo entregó el modelo que traía. A poco la hicieron entrar en el despacho particular del «Tigre», donde halló a éste delante del espejo probándose la gorra.

—No está mal—le dijo—; puede hacerme seis iguales.

Y le preguntó qué era lo que había motivado la invención. Ella quiso responder: «Sus viajes al frente», pero le faltó valor. Y respondió que había querido crear una combinación del bonete que usara Luis XI y las gorras de los «poilus». Después, mademoiselle Taty continuó enviando con frecuencia al presidente bonetes de terciopelo, seda o lana. Y Clemenceau insistió en preguntar el precio.

Un día—continúa relatando mademoiselle Vogt—la sombrerera se armó de todo su valor y respondió: «Quisiera que me ayudara usted a adoptar doce huérfanas, señor presidente. Tienen catorce años y están en edad de aprender un oficio práctico. Yo les enseñaría a hacer sombreros; pero ¿quién las mantendría?»

Y desde aquel día Clemenceau pagó por sus bonetes lo suficiente para que mademoiselle Taty pudiera adoptar a las huérfanas. Algunos días después del incidente el Sr. Clemenceau visitó a la sombrerera en su tienda y vió a sus doce protegidas. La señorita Taty leyó un poema de gratitud y admiración dedicado al «Tigre». Al que no faltaron ya—ni en vida ni en muerte—sus gorras favoritas.

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

SALVIA

Esta planta florece de Abril a Agosto. Antiguamente los latinos la llamaban «Herba sacra». Es muy estimada de los japoneses y de los chinos; les gusta tanto como a nosotros su té.

La salvia se recomienda contra el *catarro crónico*, la *tos* y la *suspensión de las reglas*. Estimula también las contracciones del corazón.

Su infusión se prepara con 30 gramos de salvia por un litro de agua; se tomarán cuatro vasos al día. Siendo tónica por sus cualidades amargas y aromáticas, excita la acción de los órganos y activa la mayor parte de las funciones de la economía.

La salvia es recomendable también para calmar los sudores nocturnos de los tísicos. Deben tomar dos vasos por la noche al acostarse.

Urosolvina: eficaz antiúrico.

LA MOSTAZA ofrece muchas ventajas. Su principal propiedad consiste en excitar, en la superficie del tubo digestivo, la secreción de los jugos destinados para disolver los alimentos. Los estreñidos usarán mostaza para sus comidas, así como los convalecientes para despertar el apetito.

CURIOSIDADES

Los murciélagos, cuando duermen, se envuelven en sus alas para preservar el cuerpo del frío.

El mar es infinitamente más productivo que la tierra. Una hectárea de extensión de mar dedicada a la pesca da, en una semana, más alimento que la misma extensión de tierra en un año.

Las arañas más grandes que conocen los entomólogos se crían en Ceilán. Hacen telas de más de tres metros de diámetro.

Los peces no pueden vivir en agua hervida, porque ésta pierde gran parte del oxígeno que contiene.

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

LA EDUCACION regenera; la instrucción perfecciona.

La educación da solidez al carácter; la instrucción da el brillo.

La instrucción añadida a la educación combate y vence los dos enemigos del género humano, los dos monstruos que devoran la sociedad: el fanatismo y la incredulidad.

EL MELON, por la mañana es oro, al mediodía plata y por la noche mata.

DESDE que se han cumplido cuarenta años, parece que los años no tengan más que seis meses.

S. SCHOLL.

BEBER frío y comer caliente.

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Zaragoza ha fallecido el compañero colegiado D. Manuel Bezussantes Marco.

—En Gandía, el anciano médico don Salvador Mifsud Pelegrí.

—En Muñico (Avila), el titular don Leopoldo Barbero.

—En Tortosa, el titular D. Pedro Caballé Zaragoza.

—En Algosta, D. Ernesto Alcibar Cortazar, titular de Guecho (Vizcaya).

—En Vigo, el médico D. Alfredo Díaz Mor.

—En Valencia, el médico D. Francisco Ayuso.

—En Coruña, el médico D. Rufino Durán Urpi.

PARA EL ESTÓMAGO E INTESTINOS
ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

TONICO - DIGESTIVO

Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.

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

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS
ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS
BROMURANTINA

(Nombre registrado.)

CALMA, REGULARIZA Y FORTIFICA LOS NERVIOS

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.

Correspondencia
administrativa . .

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

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

- D. Juan Noarbe. — Pagado fin Febrero 1931.
 D. José María G. de la Torre. — Id. fin Diciembre 1930.
 D. Fermil Hervella. — Id.
 D. Juan Manuel González. — Id.
 D. Felipe Muñoz. — Id. fin Marzo 1931.
 D. Manuel Gómez Fresno. — Id. fin Diciembre 1930.
 D. Emilio Salciada. — Id. fin Febrero 1931.

(Continúa en la pág. XIX.)



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.)

CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarrros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias.—Precio del frasco: 4,50 pesetas.

APARATOS PARA CLINICA DE OCASION, SE VENDE

Un motor para galvania, 1/8 de caballo, corriente continua, 110 voltios (para cauterio), y su pie de hierro correspondiente.

Diatermia «Prieto», para cauterio, frío y calor interno, 110 voltios.

Un cuadro «Murdes», para corrientes.

Una vitrina de 50 centímetros ancho, 35 centímetros fondo, por un metro de alto, sobre su pie de hierro.

Dos taburetes de hierro, tapa de metal.

Una mesita auxiliar, con tres estantes de cristal.

Un Rinóscopo «Duplay», con anillo.

Para más detalles dirijanse a D.^a Germana González, Mendizábal, 71, Madrid (de 8 a 9 y 1/2 de la noche).

Dos bisturís fijos.

Un bisturí con corredera.

Una aguja «Reverden», curva.

Una jeringuilla «Bertelein».

Cinco valvas curvas y cinco rectas.

Dos pinzas sacabalas, con cremallera.

Cuatro cucharillas fenestradas, sin mango.

Un estuche completo de Dilatadores «Hegal», de metal, en su estuche.

Catorce Beniquers corrientes.

Unas ventosas de cristal.

EL MEJOR RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Opocalcium

del dr. guersant

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

—Por interinidad, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Aldealengua de Pedraza (Segovia), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 13 de Abril.

Datos.—Ayuntamiento de 500 habitantes, a 27 kilómetros de la cabeza de partido (Sepúlveda), y 32 de la capital, que es la estación más próxima. Carretera. Río Cega.

—Por interinidad, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Aldeosancho y Sebúlcor (Segovia), con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 13 de Abril.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 387 habitantes, a 11 kilómetros de la cabeza de partido (Sepúlveda) y a 54 de la capital. Carretera.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Támara y Palacios del Alcor (Palencia), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes.

Datos.—El agraciado residirá en Támara, villa con Ayuntamiento de 505 habitantes, a 8 kilómetros de la cabeza de

partido (Astudillo), y a 26 de la capital. La estación más próxima, Piña, a 3 kilómetros. Río Ucieza.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Baquerín de Campos (Palencia), con el haber anual de 1.375 pesetas, por la asistencia a las familias pobres. Puede contratarse con los vecinos pudientes, por lo que recibirá unas 2 000 pesetas. Solicitudes documentadas hasta el 13 de Abril.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 341 habitantes, a 17 kilómetros de la cabeza de partido (Frechilla) y a 22 de la capital. Carretera de Torremormojón a Frechilla. Río Valdeginete. Ferrocarril.

—La de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Mutiloa (Guipúzcoa), con el haber anual de 5 000 pesetas por la asistencia a las familias pobres y pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 16 de Abril.

Datos.—Villa de 37 habitantes, con Ayuntamiento de 482, a 20 kilómetros de la cabeza de partido (Azpeitia) y a 53 de la capital. La estación más próxima, Beasáin, a 9 kilómetros. Carretera.

(Continúa en la página siguiente.)

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

de él solamente los pobres que no se alimentan de carne. Esta especie puede vivir en el intestino delgado del hombre durante varios años. No obstante carecer de ganchos, la adherencia de la tenia saginata a la mucosa del intestino es más firme aún que la adherencia de la tenia solium. En cuanto a su importancia patológica, es casi nula. Existen otras variedades de tenia, entre las que se encuentran la africana, la filipina, la tenuicollis, la crassicollis, etc. Todas ellas sin importancia patológica para el hombre, puesto que los pocos casos que se han descrito permiten la duda de si se trataría de confusiones con anillos de otras formas de tenia.

En la familia de los tenídeos se encuentra a continuación del género taenia el dypilidium, que se distingue por presentar un rostrum armado de varias series circulares de ganchos retráctiles, por tener los órganos sexuales dobles y con desembocadura en ambos lados de cada proglótide. Los testículos son en número de tres. Los huevos tienen cubierta doble y transparente.

Una sola variedad nos interesa en este género, que es el dypilidium caninum. Alcanza una longitud hasta de 40 centímetros y una anchura de milímetro y medio a 3 milímetros. El escólex es muy pequeño, corto y piramidal; en el rostrum tiene tres o cuatro anillos de ganchos, de modo que el número total de los ganchos es de 48 a 60. Los ganchos más grandes son los que se encuentran más próximos al vértice del rostrum y los más pequeños los que están hacia la base del mismo. Las ventosas son grandes y de forma ovoidea; el cuello casi ha desaparecido por tener en seguida las proglótides el tamaño propio de las maduras, o sea 7 milímetros de longitud por 3 de anchura. Cada proglótide es más ancha en su centro que hacia sus dos extremidades, en las que se va haciendo más estrecha, de forma que el conjunto tiene algún parecido con el de las pepitas de melón y por eso se ha llamado también a este dypilidium cucumérino. Los poros genitales están colocados simétricamente como los órganos genitales mismos. Los huevos tienen un color sonrosado y se encuentran agrupados en racimos de

tiene mucha importancia patológica, porque los disturbios que la tenia causa en el intestino son bien tolerables, aparte de la facilidad de su expulsión. Pero el hombre se puede infectar con huevos, lo mismo que el cerdo y que otros mamíferos y entonces se desarrollan cisticercos en sus músculos y en otros órganos. La infección puede ser endógena de la manera siguiente:

Los movimientos del intestino pueden hacer que algunas proglótides desprendidas, en vez de ir a parar al intestino grueso y de allí al exterior, vayan al estómago y se digieran en él. De esta manera quedan en libertad los huevos cuya cubierta también se digiere y sale la oncosfera que atraviesa la mucosa y ya va a formar el cisticerco. Esta forma de infección tiene a su favor la circunstancia de ser muy probable. Algunos zoólogos la han admitido desde luego, pero en realidad no hay prueba alguna en que fundarla. Basta tener presente que las proglótides maduras son las que se encuentran más distantes del escólex, que éste se fija en el intestino delgado siempre por debajo del ángulo duodeno yeyunal, que los movimientos peristálticos tienen que crear una cultura grande al ascenso de dos metros lo menos de las proglótides y que éstas tendrían por fin que vencer el píloro en sentido contrario al del paso de los alimentos. Es mucho más probable que el hombre se infecte ingiriendo sus propias proglótides, sea en casos de demencia, sea por simple suciedad.

Ahora bien; la forma más lógica de imaginarse la infección del hombre por los huevos de la tenia es la misma por la que se infecta el cerdo y otros animales, por la ingestión de vegetales parasitados. Prueba de ello es que en una estadística de cerca de 250 casos de cisticercosis en el ojo humano, solamente en un 10 por 100 se encontró el parásito adulto en el intestino. Se ha hallado el cisticerco de la tenia solium en el hombre en numerosos casos, pudiendo llegar a decirse que casi no existe órgano en el que no se haya encontrado alguna vez. Claro está que según la importancia del órgano que le tenga será la gravedad de la enfermedad.

Muchos casos de cisticercosis del cerebelo y del ojo se deben a esta clase de tenia. La cisticercosis puede estar limitada a un órgano o ser difusa por todo el cuerpo abundando los quistes por millares. La forma del cisticerco es diferente según el órgano en que asiente. En los músculos es de forma ovoidea igual que en el cerdo, que es la forma que hemos descrito. Cuando se encuentra en el cuerpo vítreo, es esférico. En el tejido celular subcutáneo es lenticular; en el sistema nervioso es ramificado y de ahí viene el nombre de *cysticercus racemosus*, pudiendo en conjunto de todos los ramos llegar a medir cerca de 20 centímetros. Existe una variedad del cisticerco que se llama *acanthocephalus* por tener tres anillos de ganchos en vez de dos.

El cisticerco puede vivir en el hombre mucho tiempo. Se conoce el caso de una señora quien conservó un cisticerco vivo en el ojo durante veinte años. Sin embargo, en muchos casos, el parásito muere y la zona periférica del quiste sufre una infiltración calcárea o una degeneración adiposa. Incluso en casos muy antiguos de cisticercosis se puede reconocer la existencia del parásito porque las ventosas y los ganchos se conservan bien. La extensión geográfica de la tenia *solium* y del *cysticercus cellulosae* es muy grande. Abarca toda Europa, Asia y América del Norte.

Tenia saginata. Llamada también *inermis* o *mediocane* lata; es el parásito más corriente del hombre. Se han hallado ejemplares cuya longitud llegaba a ser incluso de 10 metros, pero lo corriente es que mida 3 o 4 metros. El escólex es también de forma globulosa, sin rostrum y con cuatro ventosas de un diámetro de menos de un milímetro, pigmentadas de negro. El cuello es extraordinariamente largo y delgado. Las proglótides tienen en todas las partes del parásito iguales caracteres que las de la tenia *solium*, con la diferencia de que cuando llegan a la madurez son más grandes, puesto que su longitud llega a ser de centímetro y medio a dos centímetros y su anchura de cinco a siete milímetros. Los poros genitales también son alternos, pero con mucha irregularidad.

El mayor tamaño de las proglótides maduras depende de

que tienen muy desarrollado el estrato muscular, de lo que resulta una movilidad mucho mayor. Así se explica que sangran por el ano por propia movilidad, incluso aisladas, es decir, sin estar en grupos de varias, como sucede con las de la tenia *solium*, y forzando el orificio anal. Una vez que ha caído al suelo puede seguir moviéndose y, si bien con mucha lentitud, sube por los tallos y las ramificaciones de las plantas. Algunas veces se desprenden de la tenia un gran número de proglótides unidas. Los caracteres diferenciales entre la proglótide madura de la tenia saginata y la de la tenia *solium* consiste en que en la primera el útero tiene un número doble o triple de ramificaciones que en la segunda y que, por consiguiente, son más tenues. Además, considerando cada ramificación aislada, no se subdivide, como sucede con las de la tenia *solium*, que permanece casi indivisa. El número total de proglótides de la tenia saginata sobrepasa del millar.

La tenia saginata o *inermis* es mucho más corriente que la tenia *solium* o armada, y se encuentra esparcida en todo el mundo, como lo está el huésped intermedio, que es el buey. En la carne de este animal se encuentra el *cysticercus bovis*, que es la larva de la tenia saginata. Comquiera que en algunos países es corriente la ingestión de la carne de buey cruda y en otros lo es tomarla poco cocida, o poco asada, por ejemplo los *roastbeef* a la inglesa, en los que se asa o fríe el exterior, quedando la carne casi cruda y muy jugosa en el interior, se comprende que la infección del hombre sea fácil. Los huevos maduros miden 30 a 40 micras de longitud y 20 a treinta de anchura.

El cisticerco tiene una dimensión aproximadamente de la mitad de la del de tenia *solium*, o sea 9 por 5 milímetros y tarda tres a seis meses en desarrollarse. Se alberga exclusivamente en el buey, no presentándose por tanto en ningún otro animal, ni tampoco en el hombre.

Esta tenia merece el nombre de solitaria con mayor razón que la anterior, pues en ella sí que es excepcional encontrar en el intestino más de un ejemplar, ni siquiera en Abisinia donde el parásito es endémico, hallándose libres



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.

ANALISIS

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

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

D. Juan Pacheco. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Miguel Díaz Calderón. — Id.

D. Bonifacio María Alvarez. — Id.

D. Guillermo Solís. — Id.

D. Angel Pérez. — Id. fin Julio 1930.

D. José Jordana. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Zacarías Velázquez. — Id.

D. Jacinto Navas. — Id.

D. Avelino García. — Id.

Minas de Río Tinto. — Id.

D. Teófilo Martija. — Id.

D. Tomás Arránz. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Gil Herrero y García. — Id.

D. Eduardo Buisán. — Id.

D. Antonio Brinñón Pastor. — Id.

D. Daniel Alvarez de Luna. — Id.

D. Tomás Martínez Zaldívar. — Id.

D. Julio Boch. — Id.

D. José Belén García. — Id.

Doña Carmen Caverro. — Id.

D. Antonio Alonso Martínez. — Id.

D. Laureano Calvo. — Id.

D. Celestino Blasco Bermejo. — Id.

D. Francisco Camacho Cánovas. — Id.

D. Manuel Martín Moro. — Id.

D. Cristino Herrero Cebrián. — Id.

D. Estandislaio Bronte. — Id.

D. Joaquín Lasida Zapata. — Id.

D. Miguel Cándenaba. — Id.

D. Francisco J. Martín. — Id.



Dan excelentes resultados

en las:

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

DEVENTA EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS.

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

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

ANTIASMA

POLVO FUMIGATORIO
MENTOLADO

BENGALAIS

*Eficaz,
Agradable
e inofensivo.*

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(Stomallx)

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

D. José Antonio Fraile. — Id. fin Octubre 1930.

D. Daniel Antonfianzas. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Manuel Gago Fernández. — Id. fin Febrero 1931.

D. Pedro Coco Rodríguez. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Salvador Martínez Santos. — Id.

D. Benito Figueroa. — Id.

D. Eladio Capilla. — Id.

D. Jesús Cuesta del Muro. — Id.

Colegio de Médicos de Córdoba. — Id.

D. Victoriano Gallego Santiago. — Id.

D. Lorenzo Sanz y Sanz. — Id. fin Diciembre 1931.

D. Antonio Sánchez. — Id. fin Enero 1931

D. Daniel García Carbonell. — Id. fin Diciembre 1930.

D. Antonio Herrero. — Id.

D. Pedro Heredia. — Id.

D. Benito Farfía. — Id.

D. Ramón Molina García. — Id.

D. Gregorio Ginés. — Id.

D. Prudencio Fernández Regatillo. — Id.

D. Ricardo Pelayo. — Id.

D. Emilio Bové Pique. — Id.

D. Salvador García Muñoz. — Id.

D. Tarcisio Lozano. — Id.

D. Miguel Planas. — Id.

(Continuara.)

Vacante de médico particular.—En el pueblo de Villalobón (Palencia) se encuentra vacante una plaza de médico para la asistencia a 70 familias de labradores. El cargo será retribuido con 5.000 pesetas, pagadas por mensualidades vencidas. Las instancias deben dirigirse a D. Angel Abia, que preside la Junta de labradores, venciendo el plazo de presentación el 1.º de Abril.

Este pueblo dista 3 kilómetros de Palencia, con carretera y «auto» diario.

—Por dimisión, la de médico titular e inspector municipal de Sanidad de Anifón (Zaragoza), con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a 34 familias pobres. Puede

contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes documentadas hasta el 10 de Abril.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento de 1.575 habitantes, a 17 kilómetros de la cabeza de partido (Ateca), y a 107 de la capital. La estación más próxima, Calatayud, a 13 kilómetros. Carretera de Calatayud a Soria.

Practicantes y matronas.

Aliaguilla (Guadalajara). 450 pesetas. Practicante y matrona. 9 Abril.

—Casas de Fernando Alonso (Cuenca). Practicante y matrona. 600 pesetas. 6 Abril.

—Alagón (Zaragoza). 600 pesetas. 12 Abril.

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

STROPHANTIVM

PALLARES

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

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

Haptinógeno NEUMO Méndez,

para el tratamiento específico de la

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

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

LITERATURA CIENTIFICA:

Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España
M. MARTÍN YAÑEZ. — Apartado 384. — MADRID. — Teleg. EMINAL. — MADRID

Importante:

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

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*.—Rebuscando entre viejos papeles, por *Antonio Morales*.—Algo más acerca de un reciente concurso-oposición en la Facultad de Medicina, por el *Dr. T. de Benito Landa*.—El concurso de inspectores generales.—Movimiento médico de Barcelona, por *F. Wüst Berdaguer*.—IV Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.—Remitido: Nombramiento acertado.—VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Las hemorragias de la menopausa.—*Gaceta de la salud pública*: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Concurso importante. — ¡Cómo se escribe la historial

Transcurrido el plazo que fijó el ministro de la Gobernación en la *Gaceta de Madrid* después de admitidas las dimisiones de los señores inspectores generales de Sanidad que debieron ser designados por concurso y no lo habían sido por suponer la Dirección general, regida por el Sr. Murillo en la época del nombramiento de aquéllos, que las condiciones que en ellos recaían hacían innecesario el concurso, ocurrió que los que venían disfrutando de esos importantes cargos creyeron, con motivo de alguna alusión hecha en la Prensa a la forma de su pasado nombramiento, que debían renunciar los cargos y proponer que se efectuara en la actualidad el concurso de que se había prescindido.

Llevóse a cabo todo según el decoroso propósito de los interesados, y el actual director, señor Palanca, dió clara muestra de elevada imparcialidad designando públicamente ante el Consejo de Sanidad, y por procedimiento automático, los nombres de los jueces que la convocatoria exigía. Resultaron ser éstos los Sres. Tello, Masip, San Miguel y Sanz Domenech, los que, reunidos bajo la presidencia del director general, estudiaron los expedientes y propusieron a la Superioridad, por unanimidad, los nombramientos del Sr. García Durán para la Sanidad interior y por reposición en su cargo mediante sentencia del Tribunal Supremo; Cortezo (D. Víctor), propuesto, por unanimidad, como aspirante único, dentro de su escalafón, para Instituciones sanitarias; y para Sanidad exterior, al Sr. D. Manuel Torres Grima, actual director del puerto de Vigo, que también obtuvo los votos unánimes del Tribunal.

Nuestra enhorabuena a los favorecidos, que al serlo en las condiciones que hemos consignado permiten esperar que en el personal que ha de secundarlos será recibida con verdadera complacencia su designación, dado que en todos ellos coincidía con las propuestas repetidas de los que forman parte de tales escalafones.

Nuestra enhorabuena también al Sr. Palanca por este primer paso que permite augurar que sus propósitos de reforma no se verán nunca trastornados por influencias personales, políticas ni de agrupaciones interesadas.

Con el difícilmente descifrable seudónimo-inicial de Doctor E. publica nuestro popular colega *Heraldo de Madrid* una referencia de la elección del Sr. Olivares para Académico de la Real de Medicina, acompañando tan plausible acto con encomiásticas y fantásticas relaciones y comentarios acerca de las reformas del procedimiento electoral reciente, según el Sr. E. asegura, en la *vetusta* Corporación. Al leer esto no se nos ocurre otra cosa que decir al articulista: ¡Eh, Dr. E., cuando se hace historia la primera obligación del historiador es la de enterarse! Pues bien, Sr. E., lo que vuestra *Excellencia* llama procedimiento innovador, es el que desde 1914 a 1928 venía empleándose en la aludida Corporación por iniciativa y bajo la presidencia del Sr. Cortezo, quien fundó su conocida dimisión, después de catorce años, en el abandono que se iniciaba del procedimiento que había dado lugar, bajo su presidencia, al ingreso y propuesta de candidatos tan eximios como los Sres. D. Juan de Azúa, dermatólogo que murió electo; D. Manuel Márquez, oftalmólogo; D. Antonio García Tapia, laringólogo; D. Francisco Murillo, bacteriólogo; don José Casares Gil, doctor en Ciencias; D. José Goyanes, cirujano; D. Jesús Sarabia, pediatra; D. Jacobo L. Elizagaray, internista; D. Gregorio Marañón, internista; D. Manuel Alvarez Ude, farmacéutico; D. Teófilo Hernando, terapeuta; D. Jorge F. Tello, histólogo; D. Hipólito Rodríguez Pinilla, hidrólogo; D. José Madrid Moreno, doctor en Ciencias; D. J. González Hidalgo, doctor en Ciencias; D. Ignacio Bolívar, doctor en Ciencias (estos dos últimos no se posesionaron por muerte del primero y renuncia del segundo); D. Ricardo Pérez Valdés, internista, y D. Rafael del Valle y Aldabalde, psiquiatra.

Nos parece que ni la fecha es tan remota, dado que sólo diez años han transcurrido, ni los nombres

tan desdichados, para que el Sr. E. ignore la forma digna, decorosa y solemne con que ingresaron tales personas en la Real Academia Nacional de Medicina.

Lo que sucede ahora es que a consecuencia de lo ocurrido en las últimas elecciones, del agobio de visitantes, recomendantes y del entrecruzamiento de influencias de dentro y fuera de la casa, ha tenido el Sr. Recasens, actual presidente, el bueno e hidalgo acuerdo de proponer que se vuelva al procedimiento de su antecesor. La cosa ha parecido bien a todos, y el Sr. Olivares ha sido el primero que ha merecido el por él bien ganado honor de reanudar el antiguo método.

Lo demás que dice nuestro desconocido amigo E. nos parece de perlas, incluso el pronóstico de la posibilidad de que haya *roedores* que ataquen al sistema, pues puede darse el caso, y no sabemos si se habrá dado, de que los mismos por él favorecidos sean los que lo bastardeen, caciqueando y obrando de muñidores en elecciones que nos sonroja recordar.

Son pequeñeces: el «justicia y no por mi casa» fué lema de los mesnaderos medievales, y las mesnadas no se han borrado de la historia.

DECIO CARLAN

Rebuscando entre viejos papeles.

Fui un verano para descansar unos días, al mismo tiempo por acompañar a un familiar mío, que necesitaba un tratamiento hidroterápico, a un balneario de Cataluña, cuyo nombre omito para evitar sospechas de *reclamo*, por más que el crédito de dichas aguas no lo necesita.

El propietario del establecimiento me instó para que escribiese unas líneas en el álbum, en donde muchos médicos habían expresado sus opiniones. Soy, por temperamento, refractario a esta forma de manifestaciones, porque en esta clase de libros—y más si son frases improvisadas—hay que excitar el *intelectus*, de lo que resulta en multitud de casos que, queriendo decir mucho, se ponen *sandeces* con una fraseología *huera*, en la que el pensamiento queda completamente *desnudo*, si es que llega éste a la categoría de la más trivial idea.

Es evidente: que al lado de un *ripioso informe*, con vana aspiración de *literario*, hay pensamientos sublimes, expuestos por inteligencias geniales, que todavía más, quitan la esperanza de salir airoso del compromiso. No puedo por menos de mencionar lo que el célebre Teodoro Llorente escribió, de improviso, en el álbum que le presentaron en la Alhambra de Granada, que dice:

El tiempo, en tus murallas, inclemente
borró el zafir y el oro,
borrar no pudo en tu sereno ambiente
el suspiro del moro.

Volvamos al balneario. Ante la tenaz insistencia del propietario, le dije que me diese el álbum para leerlo y orientarme. Algunos médicos expresaban ideas sencillas y

sin pretensiones. Otros se referían a las *células*, abusando del tecnicismo, como si hablaran en cátedra. Algunos empleaban las frases más exageradas como si aquellas aguas lo curasen todo, siendo una verdadera panacea, y que las emplearían en su práctica. Todo ello llevó a mi ánimo una confusión extraordinaria, y no sabía qué camino tomar, hasta que me decidí a *pulsar la lira*, no como poeta, de lo que jamás tuve pretensiones, sino como un *simple coplero* a la *puerta* del Parnaso chico, escribiendo en el álbum lo siguiente:

¿Qué fuerza misteriosa predomina
en tus aguas y en tu puro ambiente?
Estudiando tu clima se adivina;
conjunto de heroica medicina
curando las dolencias al paciente.
Murmullo susurrante de la fuente,
en su lengua y con dicción expresa,
curo, me dice, abusos de la mesa.
Yo nivelo en la glotona quillos,
soy arma poderosa de dos filos,
tanto en la delgada cual la obesa.
La paciente que en verdad confiesa,
póngole penitencia con medida:
¡le llevo la salud, la misma vida!
la que de nuevo peca, ya le pesa,
y mi primer perdón jamás olvida.
Yo curo la *diabetes* y el *eczema*:
de la terapia mi mejor sistema;
la fase muscular del *artrismo*,
hoy estudia la Ciencia nuevo tema
en el viejo y tenaz *escrofulismo*.

Hecho fenomenal, extraordinario,
constante en el salón del balneario:
en el grupo de célibes señores,
quien empieza con *flirteos* los amores
en las manos acaba de un vicario.
Sagrada bendición del sacerdote
al novio con su cónyuge enlazado,
el que nunca mostróse interesado;
casóse por amor, no por la dote,
aun teniendo la suegra a su costado.

Resulta muy feliz a corto plazo;
muy alegre camina por la senda
sin el aprieto del *estrecho lazo*:
aunque ciego Cupido con la venda
tócóle al corazón con el *flechazo*.

ANTONIO MORALES

Barcelona.

Algo más acerca de un reciente concurso-oposición en la Facultad de Medicina.

En su número correspondiente al día 8 del actual publicó esta Revista la carta abierta que dirigíamos al excelentísimo señor ministro de Instrucción Pública, protestando del acuerdo del Tribunal que juzgó el concurso-oposición celebrado recientemente en San Carlos para proveer la plaza de profesor de los servicios antituberculosos de dicha Facultad.

EL SIGLO MÉDICO, al acoger en sus columnas nuestra

Jarabe de FELLOWS

Fortalezca la primera línea de defensa orgánica con

LOS ALIMENTOS QUIMICOS DE LOS TEJIDOS

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

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., INC.

26 Christopher Street
Nueva York, N. Y.

*Muestras
á solicitud*

DESMINERALIZACION
ATONIA MUSCULAR
CONVALECENCIA
NEURASTENIA
DEBILIDAD
EMBARAZO

El **TONICO**
ALIMENTICIO

MANGANESO
FOSFORO
POTASIO
HIERRO
CALCIO
SODIO



Fíjese
en el envase original

Tubos de 20 tabletas de $\frac{1}{2}$ gr.
de

Urotropina *Schering*

**PRODUCTOS QUIMICOS
SCHERING S.A.**

El ángulo en la etiqueta es el distintivo del producto original Schering, siempre imitado pero nunca igualado. La Urotropina es el mas afamado desinfectante de las vías urinarias y desinfectante interno general.

Indicaciones: Cistitis aguda y crónica. Pielitis, pielonefritis, bacteriuria, coadyuvante en el tratamiento de la blenorragia; enfermedades infecciosas.

El nombre "UROTROPINA" es marca registrada y propiedad exclusiva de la casa SCHERING.

Envase original: tubos con 20 tabl. de 0,5 gr.
Muestras y literatura están a la disposición de los Sres. Médicos.



**APARTADO 479
MADRID**

ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *espasmodica*

Tos Ferina

Tos *de los* **Tuberculosos**

Laboratoire de L'ÆTHONE, 9, Rue Boissonnade, París.

Termómetros clínicos "SCOTT PRECISION"

DE ABSOLUTA GARANTIA



Adoptados en España por más de 2.000 importantes farmacias, clínicas, sanatorios, etc.

Modelos prismáticos y cilíndricos de 11 y 13 centímetros al minuto y de 12 centímetros al medio minuto.

EMILIO M. GÜELL

Apoderado general:

CARLOS ESTEBAN ALVAREZ

Bailén, 62, pisos principal y segundo.

Apartado núm. 645.—BARCELONA

METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR PIERRE DELBET

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA
DEL 5 DE JUNIO, 10 DE JULIO Y 13 DE NOVIEMBRE 1928.

DELBIASE

(Comprimidos de sales halógenas de magnesio.)

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET
CON EL CUAL HA HECHO Y PROSIGUE SUS EXPERIENCIAS

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
PRURITOS Y DERMATOSIS
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
ASTENIA NERVIOSA
TRASTORNOS CARDÍACOS
POR HIPERVAGOTONIA
LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CANCER

DÓSIS : 2 a 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, D^r PH. CHAPPELLE
8, RUE VIVIENNE, PARIS

Muestra y literatura :

A. SERRA PAMIES, Apartado 26, REUS (Tarragona).

enérgica y respetuosa protesta, ha dado una fehaciente prueba más del espíritu de rectitud y de imparcialidad en que inspira todos sus actos. Conducta que debían imitar algunas otras publicaciones que en ocasiones silencian asuntos de interés público o doctrinal porque afectan al muy particular de un amigo, de una escuela o simplemente de un señor que necesita gratificar servicios de incondicional adhesión personal a costa de otros intereses y derechos más respetables.

En un juicioso comentario a nuestra carta abierta al Ministro, esta Revista invita a que se den a conocer detalladamente los expedientes de los concursantes, y nosotros nos apresuramos a contestarle que oportunamente daremos a conocer el nuestro. Debemos aguardar, rindiendo así una merecida prueba de respeto y confianza en sus determinaciones, a que la Junta de profesores de la Facultad resuelva sobre la propuesta del Tribunal y nuestro recurso, a la vista del expediente de cada uno.

Debemos hacer constar igualmente que esta plaza de profesor encargado de los Servicios Antituberculosos de la Facultad no tiene ninguna relación con la de auxiliar de una Cátedra, aunque caprichosamente haya sido adscrita a la de Terapéutica. Si así hubiera sido, respetando el criterio que sabemos mantiene la Junta de profesores de hacer recaer el nombramiento en persona de la máxima confianza del profesor, nosotros no nos habiéramos presentado a ese concurso oposición sin la previa conformidad del catedrático.

Pero siendo un cargo autónomo, independiente, libre de toda tutela que no sea la del acatamiento a los reglamentos interiores de la Facultad y a sus autoridades, estimábamos nosotros que el criterio a seguir en su provisión había de responder al más justo examen y estudio de los méritos y aptitudes de los concursantes presentados.

Esperemos, pues, a que emita su informe y propuesta definitiva la Junta de profesores de la Facultad, ya que ninguna otra manifestación nos es dable contestar por hoy con motivo de nuestra carta abierta al señor ministro de Instrucción Pública.

DR. T. DE BENITO LANDA

Fundador-director del Primer Dispensario de Preservación y Asistencia Social contra la Tuberculosis, profesor de enfermedades del aparato respiratorio y corazón del Instituto Rubio.

N. de la R.—Nos limitamos a publicar lo antecedente insinuando en la indudable ventaja que para los señores que han resuelto el asunto tendrá la mayor publicidad de los fundamentos de su fallo.

El concurso de inspectores generales.

En nuestro Boletín de la Semana no hemos hecho sino una escueta mención del nombramiento de D. Víctor Cortezo para el cargo de inspector general de Instituciones sanitarias, y no lo hemos hecho por oponerse a ello *Decio Carlan*, autor de dicho Boletín; pero nosotros, más obedientes a las exigencias de la Justicia que a los refunfuños seniles y los escrúpulos excesivos, nos permitimos desobedecer al padre y reproducimos la forma en que el Espíritu Santo de la opinión da cuenta del nombramiento del hijo.

Dice *El Imparcial*:

«Se ha resuelto el concurso de inspectores generales. — Es reelegido para su cargo, y por unanimidad, D. Víctor Cortezo.»

Ayer, a las doce de la mañana, se reunió en el Ministerio de la Gobernación, bajo la presidencia del director general de Sanidad, D. José Palanca, la Comisión designada para

fallar el concurso anunciado para proveer la plaza de inspectores generales de Sanidad interior y exterior e Instituciones. Dicha Comisión, en funciones de Tribunal, la componían los Dres. Tello, Masip, San Miguel y Sanz Domenech, consejeros de Sanidad.

Después de estudiar los expedientes acordaron por unanimidad proponer para inspector de Instituciones sanitarias a D. Víctor Cortezo, y para Sanidad exterior al médico del puerto de Vigo D. Manuel Torres Grima.

Hace días, al dar cuenta a los lectores de la dimisión de los inspectores generales de Sanidad, acto que censuramos por improcedente, pusimos de relieve que D. Víctor Cortezo ocupaba el número uno de su escalafón, y que, cuando fué nombrado inspector general, se hizo el nombramiento a satisfacción de todo el Cuerpo y no existiendo un solo profesor del grupo de Instituciones que aspirase al cargo.

Don Víctor Cortezo, que desde su juventud se dedicó al estudio de cuestiones de higiene sanitaria, ha desempeñado muchos años la Jefatura del Parque de Desinfección, fué uno de los fundadores del Instituto de Alfonso XIII y autor de una obra de Prácticas sanitarias, tenida hoy por clásica, en esta especialidad.

El Dr. Cortezo recibió ayer mismo numerosas felicitaciones, y el Tribunal, al proponerle por unanimidad, no ha hecho sino recoger el anhelo general de la clase, que señala a Cortezo como la figura indiscutible del sector sanitario a que pertenece.»

Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

La visita de los médicos militares madrileños del Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Ciempozuelos.

En el autómibus del Sanatorio Psiquiátrico de San José, de Ciempozuelos, llegaron a Barcelona los facultativos de aquel centro sanitario Dr. D. Eulogio de la Piñera; el distinguido comandante médico, publicista y estimado amigo Dr. Vallejo Nájera, director de la Clínica Militar de dicho Sanatorio, y los Dres. Eduardo Varela, Rodríguez, González Pinto, E. Ribas y los Sres. Villanueva y Stocker, hijo, con objeto de visitar los establecimientos sanitarios de Barcelona y, en especial, los de la especialidad frenopática.

Los médicos madrileños visitaron el Sanatorio Frenopático de Nuestra Señora de Montserrat, asistiendo también a la inauguración de algunos pabellones recientemente construidos. Los visitantes, a los que acompañaban los doctores barceloneses Xercavins, Pérez-Serra, García Trujillo, Bernardo Bravo y Durán Arrom, fueron atentamente recibidos por el personal facultativo del Sanatorio y por el personal administrativo y técnico. Los visitantes recorrieron detenidamente los parques y jardines y examinaron los diferentes edificios que ocupan los pensionistas, pudiendo hacerse cargo de las amplias habitaciones individuales provistas de calefacción por radiadores, muebles confortables e higiénicos, lavabos con agua corriente caliente y fría y cuarto de baño y retrete particular.

Los diferentes comedores, los salones de reunión, la biblioteca y la sala de lectura, así como la grandiosa iglesia y otras dependencias comunes al pensionado, fueron objeto de atención especial.

Por lo que respecta al tratamiento médico, se informaron los visitantes de que en el Sanatorio se emplean todos los agentes curativos más modernos conocidos: clinoterapia,

balneoterapia prolongada, piroterapia por fármacos, impaludización, hipnosis prolongada (método de Klassi), ergoterapia sistematizada, etc., que se vienen aplicando con éxito en todos los sanatorios bien organizados.

El laboratorio de análisis clínicos y de investigaciones patológicas, de reciente creación, mereció también una detallada visita.

Finalizada ésta, fueron obsequiados los visitantes madrileños y sus acompañantes con un almuerzo en el comedor de pensionistas distinguidos, al finalizar el cual el Dr. Rodríguez Morini ofreció el almuerzo, contestándole con palabras de agradecimiento el comandante médico Dr. Vallejo Nágera.

También visitaron, acompañados siempre por el doctor Xercavins, el Manicomio de San Andrés, del cual se les dió amplias explicaciones acerca de su historial, instalación y funcionamiento.

En honor de los expedicionarios se celebró en el Instituto de Medicina Práctica una sesión científica. Después de unas palabras de salutación del presidente del Instituto, Dr. Durán Arrom, pasaron a ocupar la tribuna los médicos venidos de Madrid, los cuales desarrollaron interesantes temas relacionados con la especialidad frenopática. Todos los temas fueron muy interesantes y resumidos. El Dr. Vallejo Nágera desarrolló una conferencia sobre «El tratamiento sanatorial y terapéutica activa de la epilepsia», que le dió ocasión de demostrar los profundos conocimientos adquiridos sobre esta materia; el Dr. García Pinto estudió el estado actual y las enseñanzas que se desprenden de la «paludización en la epilepsia»; el Dr. Varela de Seijas trató de los «síntomas orgánicos de los catatónicos»; el Dr. Montañá puso de relieve la equivalencia de la jaqueca con la epilepsia; el Dr. Santos Rubiano, director del Sanatorio de Ciempozuelos, estudió el pronóstico de las enfermedades mentales, y, finalmente, el Dr. García Piñera habló de la «vigilancia intersanatorial de los toxicómanos».

Todos los conferenciantes desarrollaron sus temas con sumo acierto y claridad expositiva, siendo muy aplaudidos.

Seguidamente se proyectó una película del Sanatorio de Ciempozuelos.

Durante los días de permanencia en esta capital de los médicos madrileños, el Dr. Vallejo Nágera dió una notable conferencia en el Hospital Militar, a la que asistió distinguido público, muchos médicos y el Dr. Soler y Garde, acerca de los trabajos realizados en la paludización de epilepticos. Fué muy aplaudido.

También fueron obsequiados con un banquete en un restaurant de la Exposición. En síntesis: camaradería catalana-madrileña.

SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BARCELONA

Fistula pleural recidivante consecutiva a cuerpo extraño.—Dr. Coll Tubau.

Trátase de un sujeto de treinta y seis años de edad, sin antecedentes, que sufrió a los diez y ocho años un proceso pulmonar agudo, y unos años más tarde una pleuresía purulenta. Se practicó la toracotomía, quedando en perfecto estado después de esta intervención, hasta después de unos meses, que se fistulizó, y así pasó el enfermo dos meses, pasados los cuales se volvió a cerrar. Apareció nuevamente al cabo de dos años.

Cuando el disertante vió al enfermo encontró un trayecto fistuloso. Aconsejó la toracotomía. Se hizo resección costal amplia bajo anestesia general clorofórmica. La intervención fué sumamente dificultosa, pues todas las costillas

estaban adheridas unas con otras por puentes óseos. El disertante se encontró con una pleura parietal deslustrada; se resecó, lo cual hizo posible la exploración manual de la cavidad, que supuraba, encontrando un tubo de goma que, por su larga permanencia en el interior de dicha cavidad, había perdido su elasticidad, y sus paredes estaban muy disminuidas de grosor. Se extrajo este tubo de goma, cesando la supuración.

Seguidamente hizo algunas consideraciones sobre ética profesional: si un compañero—dice—tiene el descuido de dejarse un tubo de drenaje debe advertirlo al enfermo.

Un caso de osteosíntesis con presentación de una pieza procedente de la necropsia.—Dr. Jacinto Vilardell.

Presenta una pieza obtenida por necropsia de un enfermo intervenido, hace unos diez y ocho meses, en la clínica del Dr. Ribas Ribas. Hace consideraciones de interés acerca del tratamiento que hacen en el servicio de dicho cirujano del mal de Pott por el procedimiento del injerto osteoperiástico. Pasan de cuarenta los casos intervenidos por este procedimiento en contra de cuatro operados por el procedimiento de Albee. El expositor dice que, después de la intervención por el primer procedimiento, los enfermos mejoran rápidamente de sus dolores y de su estado local. En ningún caso se produjo infección. En la pieza que presenta se observa un hecho de gran importancia: los injertos osteoperiásticos han proliferado abundantemente. En muchos casos, tan sólo el raspado del periostio sería suficiente para producir esta curación, afirmación que el expositor piensa probar en ulteriores trabajos.

Discusión.—Dr. M. Corachán: Dice que para los que han empleado este procedimiento, la presentación de dicha pieza no hace más que confirmar la gran utilidad del injerto osteoperiástico en el mal de Pott.

Hidatidosis abdominal múltiple.—Dr. Manuel Corachán.

En realidad, no es una afección tan rara como generalmente se la considera. Las estadísticas de la América del Sur dan la cifra del 20 por 100 en los adultos y 30 por 100 en los niños. Arizabalaga divide los quistes hidatídicos múltiples en tres grupos: quistes múltiples primitivos, quistes secundarios por metástasis y quistes secundarios por injerto.

El expositor presenta tres interesantes historias clínicas. En uno de los casos se trata de un hombre de veintitrés años de edad, con dolor abdominal difuso, pero más intenso a nivel de la fosa ilíaca derecha, crisis dolorosa, vientre duro, escalofrío y fiebre (38°6). A la exploración se nota una tumoración dura, fija y de límites precisos. Ocupa el centro de la región abdominal y su tamaño es el de un melón. El hígado sobresale dos traveses de dedo por debajo del reborde costal. Reacción de Cassoni, positiva. Fórmula leucocitaria: polinucleares neutrófilos, 44; ídem eosinófilos, 2; mielocitos, 6; linfocitos, 36; monocitos, 12. Diagnóstico: quiste hidatídico abdominal supurado. Se le interviene previa raquianestesia entre la duodécima vértebra dorsal y la primera lumbar. Se extraen 6 c. c. de líquido cefalorraquídeo, y se inyectan 10 centigramos de novocaína-suprarrenina. Laparatomía media infraumbilical y prolongada unos 5 centímetros por encima del ombligo. Membrana quística adherida al peritoneo parietal hasta el nivel del ombligo; desde aquí hacia arriba, libre. Aislamiento de la cavidad peritoneal y punción del quiste, que resulta hidatídico e infectado. Vaciamiento por aspiración, salen tres litros de líquido e hidátides. Marsupialización previo lavado con formol; mechas de gasa y dos tubos. Al explorar la parte superior de la cavidad abdominal se encuentra un quiste infrahepático: incisión pararectal, vaciamiento del quiste, previo lavado con formol y taponamiento; cierre incompleto de la pared

en tres planos. Curso post-operatorio: a los cuatro días se quita el taponamiento del quiste infrahepático, y a los ocho el taponamiento abdominal. El enfermo sigue hospitalizado.

El disertante lleva un caso intervenido en el cual después de diez y ocho meses de la intervención no se ha presentado recidiva. Después de haber expuesto las tres historias clínicas habla del pronóstico del tratamiento operatorio de la hidatidosis abdominal múltiple. Cita a Pean, que en 1894 puso en duda la curabilidad de estos quistes por la tendencia a la recidiva. El disertante se muestra optimista y dice que en la actualidad el pronóstico no tiene razón de ser tan sombrío. Recuerda que en su estadística figura un caso que lleva diez y ocho meses de operado y no ha habido recidiva por ahora.

Discusión.—Profesor Dr. J. Trías Pujol: Recuerda la necesidad de extirpar el quiste madre y coincide con el expositor sobre el optimismo del pronóstico de estos enfermos, aunque cree que cuando los quistes son muy numerosos el pronóstico no debe ser tan benigno.

Dr. J. Vilardell: Explica un interesante caso de quiste múltiple en una mujer intervenida cinco veces por el doctor Ribas Ribas y dos por él.

* *

HOSPITAL CLÍNICO

Tabes y aortitis posterior.—Dr. E. Mestre.

Las estadísticas demuestran la coexistencia de estos dos procesos en un 22 por 100, y cita a un autor que ha tenido ocasión de observar en 50 necropsias de tabéticos 40 aortitis que habían pasado desapercibidas. Después de algunas consideraciones sobre la aortitis posterior de origen luético presenta la siguiente historia clínica: Mujer de cincuenta y cinco años de edad, sin antecedentes familiares de importancia. No ha tenido hijos ni abortos; su marido murió por aortitis a los veintisiete años. La enferma se casó a los diez y ocho y quedó viuda a los veintidós años. A los treinta y cuatro tuvo una crisis brusca con ictericia, fiebre, escalofríos, dolor en el hipocondrio derecho e hígado doloroso (brote de hepatitis luética) que duró unos días. Coincidió este cuadro con una pústula dermatóxica que tardó dos o tres meses en curar. A los cuarenta y cinco años notó progresivamente en los pies sensaciones de acorchamiento, de embotamiento del tacto. Un día, al levantarse, notó un intenso dolor en la pierna con localización baja y desde la rodilla a la cadera de tipo fulgurante. Este cuadro duró nueve meses. Cefalalgia intensa (que pudo ser luética o tabética) y alopecia difusa y manchas de color pardo en la piel de la mano. Desapareció el dolor de la pierna para reaparecer con la misma intensidad acompañado de una contractura braquial en flexión, no dolorosa, que desapareció a los pocos días. Estos dolores, que precisaron el abuso de analgésicos, duraron unos diez y ocho meses. Una noche apreciaron astralgias en las dos rodillas, que se hincharon, desapareciendo a los dos o tres días; pero dejando cierta impotencia funcional para el juego de la articulación y algias difusas. Wassermann negativo, pero luego reactivado fué dos veces consecutivas positivo. Se la trató con 70 inyecciones de bismuto, 3 de salvarsán y 120 de biyoduro de mercurio.

Esta enferma desde hace seis años tiene torpeza en sus movimientos en la obscuridad, y hace tres, tuvo otra crisis hepática, y hace un año nota trastornos gástricos en forma de crisis (que recuerdan las gastralgias luéticas). Tiene permanentemente dolor fijo en el epigastrio con latido aórtico subjetivo; crisis nocturnas de disnea. Dolor permanente, en forma de cinturón, por encima del ombligo, y dolor en la región interescapulovertebral izquierda. Vértigos y desva-

necimientos. Insuficiencia aórtica. La enferma tiene, además, una marcha completamente atáxica, retardo acentuado en la percepción de los sentidos. Los signos vasculares son muy notables. Presenta además el signo de Romberg.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

IV Congreso de la Sociedad Internacional de Urología.

Bajo el alto Patronato de SS. MM. los Reyes de España se celebrará este Congreso en Madrid del 7 al 12 de Abril del año en curso; habiendo sido propuesto para su presidencia el catedrático de San Carlos D. Leonardo de la Peña y desempeñando el cargo de secretario general el Dr. D. Salvador Pascual.

PROGRAMA

Lunes 7 de Abril.—Por tarde, a las cuatro, reunión de los Comités Nacionales, en el Palacio del Senado; a las cinco, reunión del Comité Internacional, en el Palacio del Senado; a las cinco y media, Asamblea general en el salón de sesiones del Palacio del Senado.

Por la noche, a las diez, recepción de los miembros del Congreso y sus familias por la Asociación Española de Urología, en el Hotel Ritz.

Martes 8 de Abril.—Por la mañana, a las doce, inauguración del Congreso, bajo la presidencia de S. M. el Rey, en el salón de sesiones del Senado:

1.º Discurso del profesor Keyes, presidente de la Sociedad Internacional de Urología.

2.º Memoria del Dr. Pasteau, secretario general de la Sociedad Internacional de Urología.

3.º Discurso del profesor Peña, presidente propuesto del Congreso.

4.º Inauguración de la Exposición de material urológico.

Por la tarde, a las tres, lectura y discusión de la primera ponencia «Etiología y tratamiento de las hidronefrosis».

Resumen de las ponencias: Profesor Legueau (París, doctor Covisa (I.) (Madrid), Dr. Lasio (Milán).

Por la tarde a las seis, recepción de los señores congresistas por el Excmo. Ayuntamiento de Madrid, *lunch* y concierto.

Miércoles 9 de Abril.—Por la mañana, sesiones clínicas y operatorias en los distintos Hospitales, que se anunciarán en el local del Congreso.

Por la mañana, a las diez, continúa la discusión de la primera ponencia «Etiología y tratamiento de las hidronefrosis».

Por la tarde, a las tres, lectura y discusión de la segunda ponencia «Antisépticos urinarios».

Resumen de las ponencias: Dr. Jäeggly (Lausanne), doctor Pulido (Madrid).

Por la noche, a las diez, recepción de los congresistas y sus familias en el Ministerio de Estado.

Jueves 10 de Abril.—Por la mañana, a las diez, visita colectiva al nuevo Dispensario de la Cruz Roja, Hospital Obreiro y Hospital del Rey.

Por la tarde, a las tres, lectura y discusión de la tercera ponencia «Infecciones colibacilares del aparato urinario».

Resumen de las ponencias: Profesor Oeconomos (Atenas), Dr. Perearnau (Barcelona).

Por la noche, a las nueve, banquete de gala del Congreso, por suscripción, en el Hotel Palace. A continuación del banquete se celebrará una fiesta española, de bailes y cantos re-

gionales, ofrecida por el presidente y Comité organizador del Congreso a los señores congresistas y sus familias.

Viernes 11 de Abril.—Excursión a Toledo. Los detalles se anunciarán oportunamente.

Sábado 12 de Abril.—Por la mañana, sesiones clínicas y operatorias en los distintos Hospitales, que se anunciarán, en el local del Congreso.

Por la mañana, a las diez, continúa la discusión de la tercera ponencia sobre «Infecciones colibacilares del aparato urinario».

Por la tarde, a las tres, Asamblea general; a las cuatro, temas científicos de actualidad, Thomson Walker, «Pelculas operatorias». Reynaldo Dos Santos, «Arteriorradiografía del riñón».

Por la noche, a las diez, recepción ofrecida por SS. MM. los Reyes de España en honor de los señores congresistas y sus familias, en el Palacio Real.

Un Comité de damas se encargará de preparar visitas a los distintos Museos, Monumentos, Palacio Real, Armería, Caballerizas, El Pardo, etc., en honor de las señoras de los congresistas.

Desde el día de la inauguración del Congreso estará instalada en el local de la Secretaría una dependencia de la Compañía Internacional de Wagons Lits y Agencia Cook.

REMITIDO

Nombramiento acertado.

Escalona, villa legendaria, estás de enhorabuena.

La designación de su hijo predilecto Dr. D. Alejandro Rodríguez del Val, para alcalde presidente, ha sido con entusiasmo acogida por grandes y chicos.

Nació en su noble cuna, nacido y criado en ella, a ella se sacrifica a quien a ella se lo debe.

El que por su calidad de médico ilustre ha rechazado sinecuras y el encumbramiento a que, por su talento, es acreedor, y todo lo ha abandonado por ejercer su sacerdocio en su pueblo, obscurciéndose para la ciencia, él sacrificándolo todo, todo por el amor a su pueblo, repito no cabía dudar de este nuevo sacrificio.

Su obra a su paso por la Alcaldía no se hará esperar.

Nadie mejor que él sabe la sangre que corre por sus venas, y los latidos de su corazón, ya que tantos años viene analizándola y pulsándole; su terapéutica tan beneficiosa, que ha sabido restar de las garras de la parca tantas vidas, una vez más te la pide tu pueblo, a ti que tan altruista eres para con él.

No se la regatees; aplícala sin miedo, que tú bien sabes las enfermedades que padece.

Así se consigue su objeto, Sr. Berenguer. Así se pacifican los espíritus; el pueblo de Escalona sabrá agradecerlo. Albricias, que ya llegó el doctor.

UN VECINO

Escalona (Toledo), 22 de Marzo de 1930.

VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía.

Bajo el patronato de S. M. el Rey de Dinamarca se celebrará en Copenhague, en los días 5 al 9 de Agosto del año corriente, el VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía.

El Comité organizador está presidido por M. C. Rasch e integrado por los Dres. Ehlevs, Jersild y Reyn, como vicepresidentes; Svend, secretario general; Harald Boas, tesoro, y Kissmeyer y Haxthausen, secretarios adjuntos.

Las sesiones del Congreso se efectuarán en las salas de Rigsdagen del Palacio de Christiansborg, con las siguientes órdenes del día:

Lunes 4 de Agosto.—Palacio de Christiansborg.—15 horas.—Reunión de los delegados de los países representados en el Congreso y de sus suplentes.

Discusión sobre las posibilidades de establecer una *Organización Internacional Dermatológica*.

Eventualmente, nombramiento de un Comité encargado de preparar los Estatutos de la tal Organización.

Determinación de la fecha y lugar donde se celebrará el próximo Congreso Internacional de Dermatología y Sifilografía.

21 horas.—Recepción y comida ofrecida a los miembros del Congreso y a sus señoras por la Sociedad Danesa de Dermatología. Restaurant Nimb, Bernstorffsgade.

Martes 5 de Agosto.—Palacio de Christiansborg.—9 horas.—Apertura del Congreso en presencia de S. M. el Rey.

10,30 horas.—*Etiología y patogenia del eczema*.

Ponentes: Darier (París), Jadassohn (Breslau).

Comunicantes: Bloch (Zurich), Krzyszalowicz (Varsovia), Oppenheim (Viena), Pusey (Chicago), Lobourand (París), Samberger (Praga), Whitfield (Londres).

14 a 17 horas.—Discusión de la ponencia.

21 horas.—Recepción por la Municipalidad de Copenhague a los congresistas y sus señoras (comida y baile).

Miércoles 6 de Agosto.—9 horas.—*Inmunidad, reinfección y superinfección en la sífilis*.

Ponentes: Truffi (Padua), Wade Brown (Nueva York).

Comunicantes: Artz (Viena), Hoffmann (Bonn), Matsumoto (Kyoto), Stokes (Filadelfia), Nekam (Budapest), Mertscherski (Moscou).

14 a 17 horas.—Discusión.

21 horas.—Tívoli. Concierto.

Jueves 7 de Agosto.—8,30 horas.—Rigshospitalet, Blegdamsvej.—Presentación de enfermos dermatológicos.

10,30 horas.—Discusión de los casos presentados.

12 horas.—Excursión ofrecida por la Sociedad Danesa de Dermatología a Elsinor. Visita a los castillos de Krouborg, Fredensborg y Frederikiborg. Almuerzo en el Hotel Marienlyst, en el Kattegat.

Viernes 8 de Agosto.—9 horas.—*La tuberculosis cutánea y su tratamiento*.

Ponentes: Adamson (Londres), Reyn (Copenhague).

Comunicantes: Bruusgaard (Oslo), Sánchez Covisa (Madrid), François (Amberes), Jeronek (Giessen), Rabello (Río-janeiro), Volk (Viena).

14 a 17 horas.—Discusión.

20 horas.—Banquete en el Restaurant Wivel.

Sábado 9 de Agosto.—9 horas.—Comunicaciones libres.

14 a 18 horas.—Comunicaciones libres.

La representación española oficial está formada por los profesores Covisa, de Madrid, y Peyri, de Barcelona, y los Dres. Bejarano y Sáinz de Aja, ambos de Madrid, y de los cuales actúa de secretario el último.

Se celebrará adjunta a este Congreso una Exposición de material relacionado con la especialidad.

Oficina del Congreso, hasta 1.º de Agosto: Raadhuspladsen, 45, Copenhague V. A partir de este día, Rigsdagen, Palacio Christiansborg.

En Madrid: Dr. Sáinz de Aja, Alcalá, 66.

Academias, Sociedades y Conferencias

CONFERENCIAS DE LA SEMANA

Hospital Militar de Carabanchel.—Servicio del Dr. Valdés Lambea.—Conferencia del Dr. Bejarano.

El notable dermatólogo Dr. Bejarano desarrolló una interesante conferencia sobre el tema «Patogenia y tratamiento de la tuberculosis cutánea».

Dió comienzo a su conferencia dividiendo la tuberculosis en dos grupos: 1.º Tuberculosis genuina de la piel, en las cuales la etiología tuberculosa de las dermatosis es discutida y fácilmente comprobable. 2.º Tuberculosis, grupo formado por Derier e integrado por una serie de síndromes cutáneos, en evidente relación con el bacilo de Koch, pero cuya etiología no ha podido ser comprobada de modo terminante. Como ilustración de estas dos categorías y de cada uno de los síndromes que las integran proyecta una serie de diapositivas de las formas clínicas más características de cada una.

En la patogenia de la tuberculosis cutánea estudia, desde un punto de vista crítico, la importancia de tres factores: predisposición individual, familiar y regional; cada día de menor trascendencia. Modos de infección y, por último, capacidad inmunológica del organismo, factor éste el de mayor importancia.

A continuación se detiene en el estudio especial de la patogenia de las tuberculosis, las cuales, acogidas con entusiasmo investigador por los autores alemanes, van rápidamente siendo comprobadas debidamente en su etiología tuberculosa.

El eritema multiforme, de tan discutida etiología, actualmente parece está fuera de duda su origen fímico.

En el capítulo de tratamiento, de propósito estudia únicamente tres métodos que ofrecen particular interés por las discusiones a que han dado lugar.

La tuberculosoterapia intradérmica proporciona buenos resultados, mucho mayores que los obtenidos con la administración tuberculínica por otras vías. Las sales de oro, que en el tratamiento de la tuberculosis tienen un abolengo puramente dermatológico, son un método útil, coadyuvante de las restantes terapéuticas. Con la dieta de Gerson los resultados son dignos del mayor interés en clínica dermatológica.

Fué muy aplaudido.

En el Hospital Militar de Madrid Carabanchel, Servicio de Fimatología del Dr. Valdés Lambea, dió su anunciada conferencia sobre «La tuberculosis ocular y los ojos de los tuberculosos» el Dr. Gómez-Márquez, de Barcelona.

Comenzó diciendo que el estudio de la tuberculosis ocular es actualmente muy difícil por hallarse en entredicho las ideas fundamentales de Laennec, Villemin y Koch, acerca de la unidad anatomopatológica, la contagiosidad y la unidad etiológica de la tuberculosis, toda vez que en la actualidad se admiten tuberculosis sin folículos, está probado el polimorfismo del bacilo de Koch (creyendo algunos que éste no es más que un estadio en la evolución de bacterias indiferentes), se concede muy escaso valor diagnóstico a las reacciones tuberculínicas, y se ha comprobado, contra lo que hasta fines del siglo pasado se creía, que el bacilo tuberculoso puede producir inflamaciones vulgares tan agudas en su marcha clínica como las engendradas por los gérmenes vulgares de la supuración.

Añadió que convenía definir y clasificar las tuberculosis oculares, razonando atinadamente la división que propuso

de tuberculosis propiamente dichas (las que tienen bacilo o folículo), y manifestaciones oculares de la alergia tuberculosa (las de fisonomía fímica sin bacilos ni folículos).

Dividió las tuberculosis puras en extra e intraoculares, diciendo que las primeras (tuberculosis de la conjuntiva, huesos de la órbita, piel palpebral, glándulas lagrimales) podían diagnosticarse etiológicamente bien, evolucionaban como todas las tuberculosis quirúrgicas y eran raras. De las tuberculosis intraoculares, dijo que eran mucho más frecuentes, imposibles de diagnosticar etiológicamente en clínica, y que podían considerarse como la única expresión visible de granulias generalizadas, frías y atenuadas, cuyo concepto creía aplicable a las demás tuberculosis quirúrgicas.

Con datos estadísticos personales muy numerosos y bien orientados demostró la rareza de las tuberculosis oculares en los tuberculosos viscerales, afirmando que la existencia de una tuberculosis ocular es un dato de gran valor en contra de la naturaleza fímica de un padecimiento visceral simultáneo y que una enfermedad visual sospechosa de fímica no lo es casi seguramente si recae en tuberculoso con manifestaciones viscerales evolutivas graves.

Estudió las manifestaciones oculares de la alergia tuberculosa, tomando como tipo la queratoconjuntivitis flictenular, cuyos elementos, dijo, pueden considerarse como tubérculos abortados o frustrados.

Estudió después los ojos de los tuberculosos, analizando separadamente los signos oculares de la impregnación bacilar general, y los propios de la fimia torácica.

Consideró como signos indirectos de la intoxicación bacilar general la anemia de la conjuntiva, las *ojeras*, el brillo y curvatura de las pestañas (los cuales explicó como trastornos endocrinos y del simpático), y las astenopias de acomodación, retiniana y de convergencia.

Como signos de tuberculosis de los vértices pulmonares señaló el agrandamiento de la abertura palpebral de un lado, la exoftalmía unilateral y la dilatación pupilar del lado afecto (todos signos de excitación del simpático cervical por lesiones apicales, señalando una triada inversa, enoftalmía, miosis y estrechamiento de una abertura palpebral) para la destrucción del simpático por lesiones pulmonares avanzadas de los vértices.

El conferenciante fué muy aplaudido por el numeroso público de fisiólogos y oculistas que concurrió al acto.

Casa del Pueblo. Conferencia del profesor Nóvoa Santos.

Ante un selecto auditorio, integrado en gran parte por médicos, pronunció el pasado viernes en el salón de actos de la Casa del Pueblo su anunciada conferencia el doctor Nóvoa Santos, profesor de la Facultad de Medicina.

Desarrolló el sugestivo tema «Derechas e izquierdas en Biología».

Inió su disertación afirmando que el edificio humano obedece siempre a una arquitectura asimétrica, con un marcado predominio por el lado izquierdo. Cita como ejemplo de esto la marcha. El hombre, y como él los animales, nunca marchan en dirección frontal, sino dirigiéndose hacia uno u otro lado. En el hombre hay predominio en los centros nerviosos del lado izquierdo, por lo cual hacia este lado se dirige.

El lado izquierdo del cerebro tiene también un predominio en las funciones superiores del individuo. En él se forman el lenguaje y las ideas.

La gente diestra son los zurdos de cerebro. En la sociedad actual lo son casi el 95 por 100. En el hombre primitivo indudablemente predominaba el hemisferio derecho.

En esta evolución de derecha e izquierda han intervenido multitud de factores en el decurso de los siglos. Principalmente la mayor diferenciación sexual por motivos endocrinos. El hombre actual, por multitud de causas, es más masculino que su ancestral primitivo.

Ahora bien, esta desviación hacia la izquierda no es privativa del hombre. En multitud de animales se observa el mismo hecho. El perro desorientado y el cachorro describen una trayectoria análoga a la del hombre desorientado. Y que al fenómeno se observa en los monos antropomorfos, que son todos diestros.

En esencia, este hecho se debe al mayor caudal circulatorio del lado izquierdo.

A continuación hace un atinado estudio de los orígenes de este fenómeno. Desde las albúminas formadoras del germen, que son levogiras, todo cuanto interviene en la formación del individuo presenta tendencia a desviarse hacia la izquierda.

En el espíritu igualmente existe tendencia a desviarse a un lado o a otro. La línea recta es teóricamente la nulidad del espíritu.

No se explica el disertante el origen de la división en hombres de derechas e izquierdas. En el orden psicológico, como hemos visto, tenemos en la derecha el instinto de sumisión y en la izquierda la rebeldía.

Termina entre una gran ovación, afirmando que todo parece tender a organizarse hacia la izquierda.

* *

Lunes 17 de Marzo. *Academia Médico-Quirúrgica Española*, presidida por el Dr. Lafora.

A la orden del día aparece como tercer ponente del tema sobre la «Poliomielitis» el Dr. Bastos, que con la gran competencia que en estos aspectos tiene demostrada lee un extenso y documentado trabajo acerca del «Tratamiento postural», que condensado aparece en las siguientes conclusiones:

«La parálisis es el dominador común de todos los casos, tanto los graves como los leves, del poliomiélico, y su tratamiento es actualmente el problema de más trascendencia social que nos ha dejado la pasada epidemia.

El estudio de numerosos casos procedentes de la misma ha dado ocasión al ponente para comprobar el papel primordial que en la cura de estos enfermos debe jugar el «tratamiento postural».

Entendemos por tal el mantenimiento de los miembros afectos en actitudes que eviten la distensión de los músculos paralizados, la acción de la gravedad, las desviaciones producidas por la acción no contrariada de los músculos indemnes y las deformaciones originadas por el peso del cuerpo. Todas estas acciones externas se suman, de una parte, para anular los restos funcionales que todavía quedan en ciertos músculos, y de otra, para producir las contracturas y deformaciones permanentes, que son la más grave secuela de la poliomiélica. Más grave, desde luego, que las mismas parálisis.

Hay que tener en cuenta que ningún músculo debe considerarse como enteramente paralizado «d'emblée» en la poliomiélica. El estudio histológico y la electromiografía han demostrado que el músculo poliomiélico sólo sufre en un principio una reducción numérica de sus elementos contráctiles, pero que es capaz de subvenir a ella por aumen- to enérgico de los restantes. Para esto debe de estar colocado en óptimas condiciones de trabajo, es decir, encontrarse a una tensión especial mediante un acercamiento apropiado

de sus puntos de inserción y no tener que vencer una resistencia superior a sus contados recursos.

Fuera de estas condiciones, los músculos acaban por perder del todo dichos restos capaces de funcionar, y los miembros, arrastrados por las acciones externas antedichas, se deforman y se contracturan. Con ello quedan definitivamente inhábiles los miembros y cerrada la vía para toda restitución, espontánea o terapéutica, de la parálisis.

El inventario de las potencias musculares restantes al terminar el período agudo de la poliomiélica indica al clínico cuáles son los músculos que ha de proteger preferentemente mediante la posición apropiada de los miembros. Los apósitos, sostenes o férulas que para este objeto se apliquen deberán mantener «esta postura» con tanta más rigurosidad cuanto más cerca se esté del ataque agudo, pero permitiendo después la práctica del masaje, de la electrización de los movimientos reeducativos, etc. Sobre la técnica y detalle de tal tratamiento postural ha llegado el ponente a adoptar varios «standars» fácilmente adaptables por todos.

Lo propio hace a continuación el Dr. Azpeitia, que en cuarto y último lugar aparece desarrollando cuanto afecta al «Tratamiento físico», que detallada y escrupulosamente expone y sintetiza en las conclusiones que van a continuación:

1.ª El tratamiento fisioterápico de la parálisis espinal infantil debe instituirse tan pronto como hayan cesado los síntomas agudos, olvidando aquellas reglas antiguas que mandaban permanecer inactivos hasta muy entrado el período de regresión espontánea de las parálisis.

2.ª Nuestra primera actuación debe ser dirigida exclusivamente al foco medular, aplicando el tratamiento Röntgen en la región cervicodorsal, o dorsolumbar, o en ambas regiones a un tiempo, según que la localización de la parálisis se limite a los miembros superiores, inferiores, o tanto a unos como a otros.

Debemos recordar que la radioterapia resulta tanto más eficaz cuanto más próxima esté de la fase aguda de la enfermedad; pero dado su mecanismo de acción (detener y destruir el proceso conjuntivo), debe de practicarse aun en los casos que se nos presenten tardíamente.

3.ª La diatermia será empleada simultáneamente para elevar la temperatura y activar la circulación en aquellos segmentos de los miembros enfriados y cianóticos, sin temor a los accidentes que se le han atribuido, pues no es esta modalidad de corrientes eléctricas la responsable de tales accidentes, sino la impericia del operador.

4.ª Respecto a las corrientes galvánicas estables, bueno será emplearlas a falta de diatermia; pero, desde luego, su acción bioquímica no parece ser tan favorable como la acción biofísica de la termopenetración.

5.ª Las mismas corrientes galvánicas en sus estados variables deben ser aplicadas con mucha prudencia y con mucha oportunidad, pues todo lo que pueden beneficiar gracias a una gimnasia moderada y metódica pueden ser perjudiciales como agentes capaces de producir la fatiga del músculo.

6.ª Las contracciones musculares producidas por las corrientes galvánicas no deben alcanzar los antagonistas, no deben ser bruscas ni muy intensas, procurando que se aproximen lo más posible a las producidas voluntariamente en estado fisiológico, para lo cual el cambio de intensidad debe ser lento y gradual.

7.ª La corriente denominada farádica es completamente inútil aplicarla siempre que el músculo paralizado no responda a los estímulos de ésta, y en el caso de que así ocurra, es más peligroso su manejo que la corriente galvánica, pues desgraciado del músculo que sea castigado a la acción tétanizante de esta corriente en su forma estable.

8.ª Como medios coadyuvantes pueden prescribirse los baños locales calientes y algunas series de aplicaciones generales de luz ultravioleta.

9.ª Podemos afirmar que estos medios físicos, aplicados con toda corrección, ayudan eficazmente a la regresión de los estados paralíticos, y aminoran, por lo tanto, el sombrío pronóstico de esta enfermedad; pero sin que pretendamos en todos los casos éxitos lisonjeros, pues, desgraciadamente no podemos resucitar más allá de lo resucitable, y esta enfermedad hiere tan mortalmente algunos grupos musculares que ante ellos se estrellan todos los tratamientos.

Ambos ponentes fueron largamente aplaudidos. El próximo lunes comenzará la discusión de estas ponencias, para la que están inscritos prestigiosos especialistas.»

Terminada en su totalidad la exposición, el señor presidente, a pesar del poco tiempo disponible, queriendo no dilapidarle, concede al Dr. García del Diestro la palabra, de la cual, por cierto, sacó gran partido al mostrar su absoluta conformidad con las enseñanzas que se desprenden de los casos observados por el Dr. Tapia; y más que nada al exteriorizar en tono festivo las extravagancias y ridiculeces en que incurren los que en busca de notoriedad, que no encuentran, no tienen reparo alguno en lanzar variedades a granel sin pararse a pensar que tras ellas sólo queda el más grotesco ridículo.—*Sedisal.*

* *

Jueves 20 de Marzo. Sesión necrológica celebrada en la *Sociedad de Pediatría de Madrid* en memoria del socio doctor Mateo Milano.

El presidente de la Sociedad, Dr. Suñer, habla en primer término, diciendo: Que la sesión científica que en este día reglamentariamente había de tener lugar, sufre un aplazamiento por la inesperada y sensible defunción del Dr. Mateo Milano, que si como médico siempre apareció correcto, amable y predispuesto al bien, como compañero demostró condiciones éticas recomendables muy dignas de imitación. Como más salientes en su actuación pone de resalto las especiales aptitudes que como médico por oposición del Hospital General, y cirujano del Hospital del Niño Jesús, indudablemente la más calificada por ser en la que reconcentró sus mayores carifios, obtuvo los más resonantes éxitos. Recuerda el hecho de que por una forzada ausencia suya presidió la última sesión de la Sociedad de Pediatría, a la que termina pidiendo un recuerdo piadoso para el querido compañero.

El Dr. Sarabia manifiesta que tan pronto tuvo noticia de la defunción del querido compañero, se consideró obligado por deberes de conciencia y amistad a rendir el tributo merecido al que en vida fué un sincero y buen amigo, colaborador en la obra científica del Hospital del Niño Jesús y prosector de la historia quirúrgica de este Centro, tan brillantemente iniciada y sostenida por los Dres. Ribera, Sanz, Guedea y Arquellada, a quien el Dr. Mateo Milano sucedió con entusiasmo, disciplina e inteligencia, que bien justifican los que quedan en las miles de operaciones de que hablan las estadísticas, casos variados de geniales autoplastias, perfeccionamientos ortopédicos y trabajos extraordinarios premiados por las Academias, acreditándole como experto y prudente cirujano que nunca perdía de vista las posibles sorpresas post-operatorias. Recuerda el solícito interés que en todo caso aportara a las tareas de la Sociedad, en que recientemente se discutiera su comunicación acerca de la «Apendicectomía preventiva», expuesta con razonamientos dignos de ser meditados. Y, ¡a qué seguirla!, concluye diciendo el doctor Sarabia, si su recuerdo ha de perdurar entre nosotros, y so-

bre su tumba hemos de rememorar el vacío que como elemento de trabajo deja en el Centro hospitalario a que tanto afecto todos guardamos...

El Dr. Muñozerro, que considera difícil expresar con claridad una idea cuando la emoción ofusca al entendimiento, exhuma el imborrable recuerdo de sus confidencias cuando en el cuarto de guardia rebuscaba y preparaba temas para la oposición, revelando al hacerlo la ingenua franqueza y la amistad sincera que, como compañero, le caracterizaba. Alaba la generosidad y complacencia con que siempre se hallaba dispuesto a poner su laboratorio y servicios a la disposición de cuantos compañeros los precisaban. Hace resaltar sus aficiones y aptitudes hacia la poesía y la música, que hacían de él un artista y poeta festivo muy celebrado, y el desagradable incidente de haber padecido una radiodermatitis que su amor al prójimo y a la ciencia le acarrearía.

El Dr. Toledano muestra su conformidad con las apreciaciones exteriorizadas a este respecto por el presidente; señala, como especiales características del Dr. Milano, el donaire y la atracción con que regocijaba y subyugaba a los cultivadores de su selecto trato.

Juzga que, ante estas grandes y fatales desgracias, el corazón nubla el pensamiento, y que al hombre no le queda más recurso que resignarse y bajar la cabeza, considerando que Dios lo ha querido.

El Dr. González Alvarez, hondamente afectado, pone de manifiesto las crueles amarguras por que ha pasado entre el peligro que acechaba y la inutilidad de sus esfuerzos.

Hace notar la coincidencia de que, tanto el Dr. Arquellada como el Dr. Milano, cuya pérdida hoy se lamenta, fallecieron de un proceso pulmonar agudo. Dice que muchas madres y muchos niños lloran la pérdida del médico que tanta habilidad y tanto cariño pusiera siempre al servicio del niño; que la bondad era su cualidad predominante, y que el que la atesora con ella nace y con ella muere, y que fué un buen hijo, un buen esposo, un buen amigo y un ejemplar compañero que se habrá hecho acreedor a la gloria.

El Dr. Garrido Lestache se lamenta de no haber podido confeccionar unas cuartillas para este acto. Recuerda los malos ratos que le hizo pasar la radiodermatitis contraída por su amor a la ciencia, el gran afecto que tenía al Hospital General y la predilección marcada que, desde el momento de ser elegido cirujano del Hospital del Niño Jesús, reconcentró en los niños. Dice que, como buen cirujano, no creía en la Medicina, y que es gran lástima no pueda extirpar el dolor que su muerte a todos ha dejado.

La Sociedad de Pediatría de Madrid una vez más ha demostrado su exquisita corrección y su acendrado compañerismo.—*Sedisal.*

* *

Sábado 22 de Marzo. *Real Academia Nacional de Medicina*, presidida por el Dr. Recasens.

El Dr. Vallejo Nágera desarrolla el tema «Pronóstico de la parálisis infantil», diciendo: Que los clínicos modernos rechazan el dogma de la incurabilidad de la parálisis general por haber observado casos curados aparentemente después de la paludización. La eficacia de la malarioterapia está universalmente admitida y no cabe discusión sobre este punto. Biológicamente la parálisis general es incurable, pero la remisión completa de los síntomas equivale a una curación práctica que ha de buscarse terapéuticamente. La esterilización del neurosifilítico es difícil de conseguir, pero los potentes treponemicidas modernos pueden acaso matar todos

los espiroquetes alejados en el sistema nervioso central; la dificultad reside en hacerlos accesibles.

Resume el comunicante en breves palabras la etiopatogenia de la parálisis general, y demuestra que no nos pone en vías de un tratamiento eficaz por desconocerse el mecanismo íntimo de producción del proceso paralítico.

La teoría de Hauptmann contiene una parte de la verdad, pero las investigaciones modernas de Monakow y Walter sobre la fisiología y patología del líquido cefalorraquídeo orientan en sentido bien distinto los actuales conceptos patogénicos. La importancia del alcohol en la presentación de la parálisis es un hecho confirmado.

Existen muchos sífilíticos bien tratados que llegan a ser paralíticos, sin que estos casos resten importancia al tratamiento tanto específico como profiláctico de la parálisis. La paludización como medio profiláctico es muy discutida, no obstante los buenos resultados comprobados en la clínica de Viena. Podría procederse a la paludización profiláctica en algunos casos de latencia profiláctica tardía en que se reúnan determinadas circunstancias.

Dice el comunicante que el diagnóstico precoz de la parálisis general decide la suerte del paralítico y puede salvarle la vida. Por eso han de vigilarse muy atentamente los síntomas «preparalíticos» y los del período incipiente. Ha de presumirse la parálisis general en antiguos sífilíticos que de pronto presentan síntomas neurasténicos.

Detalla los resultados de la paludización en 200 casos de observación personal. Encuentra 10 por 100 de curaciones, 26 por 100 de remisiones sociales, 20 por 100 de mejorías, y el resto, fracasos o muertes (8 por 100). Refiere la suerte corrida por paralíticos tratados hace cinco años y que todavía viven dedicados a sus habituales ocupaciones. De ocho casos incipientes, curaron siete y uno mejoró notablemente. Ha observado casos en que el líquido cefalorraquídeo perdió sus caracteres patológicos. Propugna el tratamiento específico intenso como complemento obligado de la paludización. Todavía está sujeto a discusión el mecanismo curativo del paludismo. Dice que intervienen numerosos factores: reactivación de los procesos de inmunidad, fagocitosis más intensa, acción antagonista de los gérmenes.

Nuevos métodos terapéuticos afianzan los resultados de la paludización; las inyecciones intrarraquídeas se vulgarizan más cada día; también se inyecta aire en el espacio subdural. No han dado los resultados esperados las inyecciones de cultivos vivos, ni tampoco las autoseroterapias sanguínea y raquídea.

El tratamiento de la parálisis deben hacerlo los sífilógrafos, pero antes de que se manifieste la enfermedad, tratando bien y con constancia la infección causal. Podemos estar satisfechos de los resultados terapéuticos conseguidos hasta la fecha, pero ha de perseguirse como un ideal que la sífilis no se transforme en neurosífilis; llegado este desgraciado caso, deben agotarse los recursos terapéuticos hasta lograr la curación.

El Dr. Pittaluga habla de los estados preleucémicos, que, a su juicio, constituyen un problema aún no resuelto. Considera como de necesidad imprescindible la absoluta competencia del investigador que haya de practicar el examen hematológico, tanto en el hombre fisiológico como en aquéllos cuya anormalidad requiere su conocimiento exacto, por ser tales datos muy importantes desde el punto de vista del diagnóstico. Para aclarar bien estos extremos rememora varios casos, entre ellos el de un niño de doce años, observado en colaboración con el Dr. Carro, que a su examen ofrecía anemia, bazo enorme, malestar general y brotes hemorrágicos que las pesquisas de leucocitos hicieron suponer

tratarse de un heredoaléptico afecto de una hiperleucocitosis específica.

Concede a la etiología palúdica una gran importancia, porque algunos estados subleucémicos pueden ser curados por un tratamiento intensivo de quinina y arsénico, aportando como prueba el caso de un hombre del campo, de cincuenta años, esplenomegalia que llegaba al pubis, examen hematológico con 70.000 leucocitos, Wassermann positivo, hemorragia retiniana y contitio del cayado. Cita otro caso, también de hombre del campo, que se presentó diciendo: *yo no tengo más que esto*, poniendo al descubierto una ulceración lardacea sita en el tercio anterior y superior del pecho y hombro izquierdo. Que en vista de ella le propinó una inyección de 15 centigramos de neosalvarsán; que la muerte sobrevino de una manera fulminante, y que la autopsia, pues, da manifiesta una esclerosis sífilítica pulmonar.

El Dr. Pittaluga cita algunos casos de comprobada subleucemia sífilítica, y termina estimulando a los pediatras a que presten su colaboración al diagnóstico precoz que tan innegables ventajas podría reportar. — *Sedisal*.

Las hemorragias de la premenopausa.

La menopausa ha sido definida por Vinay como el período de paso entre la época de la menstruación regular y el momento de la supresión definitiva. Este período, durante el cual la mujer sufre profundas modificaciones en su aparato úteroovariano, es más o menos prolongada, según presenten trastornos de nutrición y de circulación más o menos acentuados hasta el establecimiento de un nuevo equilibrio orgánico.

Durante este período—dice Raciborski—los órganos genitales no quieren olvidarse fácilmente de su costumbre de la fluxión periódica entretenida por el retorno mensual de la ovulación espontánea y reaccionan irregularmente mediante pujos congestivos, llamaradas de calor al rostro, dolores lumbares, perturbaciones cardíacas y hemorragias uterinas. Todos ellos son los trastornos bien conocidos de la menopausa; pero sólo queremos insistir sobre estas hemorragias, sobre su mecanismo y, principalmente, sobre su tratamiento.

Vignes, en su «Physiologie Gynécologique», insiste mucho acerca de estos accidentes, que a veces constituyen por sí solos los primeros síntomas de la deficiente actividad del ovario; Brierre de Boismont ha observado 57 casos de hemorragias uterinas entre 141 mujeres en instancia o en período de menopausa. Unas veces se trata de menorragias y otros de metrorragias. El derrame de sangre puede ser abundante y más o menos doloroso, y en algunos casos dice el autor que una pérdida profusa constituye en la última manifestación de la función que desaparece. Otras veces, las hemorragias se renuevan; en otros casos se producen solamente después de un retraso; en ocasiones raras pueden ser intensas y provocar una anemia muy marcada; pero su repetición inquieta siempre a la enferma y a su familia, y hasta desconcierta al médico que no encuentra ni fibroma, ni cáncer, ni pólipo, ni tumor ovárico que las pueda producir.

En muchos casos la hemorragia aparece sin causa alguna, es rebelde, no cede al curetaje, y los restos retirados por la operación son normales. Estas son hemorragias esenciales, y se han señalado, sobre todo, en mujeres pletóricas o neuroartríticas; pero también pueden presentarse en mujeres de constitución muy diferente.

En todas ellas o casi todas, cuando se toma la tensión arterial se observa hipertensión, hasta cuando no haya le-

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
 Aconitina amorfa $\frac{1}{2}$ miligr.
 Agaricina..... miligr.
 Arbutina..... miligr.-centigr.
 Atropina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Atropina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Boldina..... miligr.
 Bromuro de alcanfor..... centigr.
 Brucina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Cafeína.... miligr.-centigr.
 Cafeína (arseniato). miligr.
 Calcio (sulfuro).... centigr.
 Calomelanos. miligr.-centigr.
 Cicutina (brohdto).. $\frac{1}{2}$ miligr.
 Codeína.... miligr.-centigr.
 Digitalina amorfa.. miligr.
 Emetina..... miligr.
 Esparteína (sulfato). centigr.

Estricnina (arseniato de).. $\frac{1}{2}$ miligr.
 Estricnina (hipofosfito de). $\frac{1}{2}$ miligr.
 Estricnina (sulfato de).... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Estrofantina..... $\frac{1}{10}$ mlg.
 Evonimina..... miligr.
 Hierro (arseniato de)..... miligr.
 Helenina..... centigr.
 Hidrargírico (bioduro).... miligr.

Hidrastina..... miligr.
 Hiosciamina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Iodoformo..... miligr.
 Juglandina..... centigr.
 Lobelina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Picrotoxina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
 Pilocarpina (nitrato de)... miligr.
 Podofilino..... centigr.
 Cuasina..... miligr.

Quinina (arseto. de). miligr.
 Quinina (hidroferro-
 cianato de). miligr.-centig.
 Quinina (bmhto. de) Sulfato.
 Quinina (valetto. de). 2 centig.
 Scilitina..... miligr.
 Sal de Gregori..... miligr.
 Sosa (arseniato de). miligr.
 Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
 PURGANTE
 LAXANTE
 DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois Paris

Contra :
 Estreñimiento
 Estado bilioso
 Jaqueca
 Congestiones.

Depósito en España: J. Uriach y C.ª. — Bruch, 49. — Barcelona.



LA NATURALÉZA

dotó a las uvas de un
 conjunto armónico de
 elementos biológicos que
 contiene inalterados y
 concentrados el zumo.

CEBE

Para informes y solicitud de muestras diríjanse a:

Explotación Agrícola de Villafranca del Castillo. — Paseo del Prado, 6. — MADRID
 Ayuntamiento de Madrid



Solución isotónica esterilizada de Bromuro de Mesotorio.

En ampollas para inyecciones intramusculares profundas, intravenosas o intratumorales (nunca subcutáneas), perfectamente soportables siempre, con sedación del dolor.

Favorece la hematopoesis y la leucopoesis. Aumenta la eliminación de ácido úrico, y suprime las hematurias.

Concentración A. — Anemia, astenia, arterioesclerosis, pretuberculosis.

Concentración B. — Anemia grave. Reumatismo crónico, gotoso, blenorragico. Adenitis tuberculosas.

Concentración C. — Reumatismo crónico rebelde y deformante. Ciática. Neuritis. Leucemia. Cáncer inoperable. Tumores prostáticos, vesicales, etc.

Concentración D. — Inyecciones intersticiales en los cánceres inoperables accesibles. Instilaciones vesicales.

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

EUPHORBIOL

JARABE
GRANULAR
E
INYECTABLE

Tres formas
farmacéuticas
perfectas y de
sabor inmejorable
las de por
vía digestiva.

medicación glicerofosfórica intensa,
que garantiza una proporción de
asimilación mayor que todos los pre-
parados de lipoides fosforados y de
fosfatos alimenticios en la propor-
ción de 2 a 3 a 4,5.

J. M. BABASCH

Avenida Alfonso XIII, 440. Remitirá muestras y literatura facultativas
— BARCELONA — a los señores médicos que lo soliciten.

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

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

INMUNIDAD

DR. MARTÍN SALAZAR

Ayuntamiento de Madrid

sión cardiovascular o renal apreciable. Esta hipertensión caracterizada por su inestabilidad (Marafión-Petiteau) y ella es la que condiciona las crisis de los fenómenos subjetivos dolorosos y también las hemorragias.

A pesar de su aparente gravedad, todos los trastornos de la menopausa, hasta las hemorragias, y principalmente éstas, ceden muy en breve mediante un tratamiento apropiado que determinará la caída de la presión sanguínea y la disminución de la excitabilidad nerviosa.

En ningún caso estas hemorragias deberán ser tratadas por los vasoconstrictores; así como ellas son rebeldes al tratamiento intrauterino, tampoco ceden a los agentes que modifican habitualmente la circulación uterina. Huchard ya lo dijo hace largo tiempo: «Hay hemorragias enemigas del cornezuelo de centeno».

La opoterapia ha dado a veces buenos resultados; pero debe ser manejada con mucha prudencia y muy vigilada, según dice Vignes, pues los extractos mamarios y tiroideos pueden producir un estado de gran enervamiento y ejercer sobre las hemorragias un efecto inverso del esperado. (Phy-siol. Gynécol., pág. 358.)

Por el contrario, se obtienen siempre resultados rápidos y muy satisfactorios empleando los preparados del muérdago que determinan fisiológicamente el descenso de la tensión y disminuyen la hiperexcitabilidad del sistema nervioso, central y periférico, activando las eliminaciones hepáticas y renales.

Mediante el empleo de seis a ocho píldoras de Guipsine durante varios días consecutivos, veremos descender rápidamente la tensión sanguínea, aproximándose a la normal progresivamente, y al mismo tiempo observaremos la sedación de los fenómenos dolorosos y de las hemorragias. Desde el momento en que las enfermas acusen congestión útero-ovariana, de lo que serán advertidas por la pesadez, la migraña, las llamaradas de calor al rostro y las crisis sudorales, deberán recurrir al empleo de la Guipsine, que rápidamente les proporcionará su curación.

Estas enfermas, además, deben observar una buena higiene, un ejercicio moderado, la gimnasia descongestionante, hidroterapia prudente y régimen hipozoado.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,4; ídem mínima, 700,1; temperatura máxima, 21°,8; ídem mínima, 5°,4; vientos dominantes, NNE. y SE.

Las afecciones catarrales agudas de los órganos respiratorios han disminuido numéricamente durante la última semana, perdiendo también en parte su carácter de gravedad las que se presentaban localizadas en el pulmón y la pleura. Los afectos crónicos del sistema circulatorio son los que por sus complicaciones transitorias y a veces funestas producen mayor preocupación en los médicos.

En los niños continúa no presentándose ninguna enfermedad con carácter epidémico.

CRONICAS

Veinticinco pesetas. — Hemos recibido bajo sobre en Madrid y dirigido al administrador de EL SIGLO MEDICO un billete de 25 pesetas, y sin duda por olvido se ha dejado de indicar el destino de la referida suma. Durante ocho días tendremos a disposición del interesado, que deberá

justificar el envío con un sobre y letra igual al recibido y demás datos que se estimen necesarios, la citada cantidad, y transcurrido este plazo, si no encontramos aplicación a dicha suma se entregará como donativo al Colegio de Huérfanos de Médicos.

En el Colegio de Huérfanos. — Nos remite *El Huerfano*: «Como habíamos anunciado, ha correspondido la conferencia semanal del jueves último en la Institución al ameno y sabio sacerdote, párroco de Pinto, D. Saturnino Salete, quien con oratoria fácil y ejemplos comparativos maravillosos mantuvo la atención de los colegiales en la duración de su instructiva charla, quedando el auditorio impresionado de la espléndida magnificencia que ofrece al hombre, ayudado de un pequeño telescopio, el espectáculo del Universo. Provisto el Sr. Salete de su linterna portátil, expuso las proyecciones de las montañas y volcanes de la Luna, las fases de este satélite y los planetas Venus y Mercurio, las vistas comparativas de los demás con la Tierra, los eclipses de sol, las manchas y el relieve de esta estrella, explicando la ley de Newton y teoría de la Place. Con el comentario de la máxima hebdomadaria, dos numeritos de música y la lectura en prosa de un capítulo del insigne Carlos Wagner y en verso de un villancico de Lope de Vega y una poesía de Antonio Zozaya por tres colegiales, terminó el acto, que despertó verdadero entusiasmo entre los colegiales, los que aplaudieron con fervor y alegría.»

Hospital del Niño Jesús. — Los festivales organizados por los Sres. García Arribas y Maura Herrera a beneficio del Hospital del Niño Jesús han producido un total líquido de 22.034 pesetas con 60 céntimos, cantidad entregada por dichos señores a la Junta provincial de Beneficencia que rige dicho Hospital.

Vacantes. — Anievas (Santander). 1.475 pesetas. Solicitudes hasta el 18 de Abril.

— Por oposición la de médico tocólogo, de Albacete. 2.500 pesetas. Solicitudes hasta el 14 de Junio.

— Vilaplana (Tarragona). 1.650 pesetas. 14 de Abril.

— Mutiloa (Guipúzcoa). 5.000 pesetas, incluidas iguales. 9 de Marzo.

— La Unión de Campos (Valladolid). 1.650 pesetas. 16 Abril.

— Garde (Navarra). 5.000 pesetas, incluidas iguales. 6 de Abril.

— Alpartir (Zaragoza). 1.650 pesetas. 16 de Abril.

— Sepúlveda (Segovia). 2.750 pesetas. 18 Abril.

Del Parlamento prusiano. — En la segunda sesión dedicada al Ministerio de Sanidad ha habido dos asuntos que han puesto en evidencia el concepto que al Parlamento merecen los temas sanitarios y que expresan el desarrollo de la sanidad pública: la penuria financiera general y la acción del período de frío y de gripe en el primer trimestre del año anterior. El representante del Gobierno lamentó que el presupuesto de este departamento disminuya constantemente año tras año, desde 46 millones el año 1928 a 41 millones el año 1929 y a 38 millones el año 1930, y hace notar que en un pueblo pobre, que sufre la necesidad de la habitación y de la comida, los temas de bienestar y salud deben colocarse en primer término.

Las condiciones higiénicas han empeorado en términos generales, la mortalidad ha aumentado considerablemente desde 13,39 por 1.000 en el primer trimestre del 1928 a 17,82 en el mismo trimestre de 1929, y en muchas grandes ciudades ha representado una pérdida todavía mayor porque al mismo tiempo ha continuado descendiendo la natalidad. La mortalidad infantil ha continuado casi invariable. «Si el arte médico por el examen y el tratamiento de los enfermos no hubiera logrado alargar considerablemente la vida de las personas — dijo el orador — nos podríamos contar hoy entre los pueblos moribundos». Teniendo en cuenta la importancia que la terapéutica física y la nutritiva han logrado durante los últimos años, la información del Ministerio desea que en los cursos complementarios y en los exámenes se atienda de manera especial a este capítulo. Sobre las relaciones de salud y de mortalidad, se manifiesta el Ministro muy explícito: se refiere a las cifras dadas y añade que la mortalidad en el segundo y tercer trimestre fueron las mismas que en el año anterior y aunque en el último trimestre fueron más favorables, sin embargo, la media ha sido

de 13,3 por todo el año. La misma que en el año de la inflación, el 1923.

La natalidad en el año 1929 ha disminuido considerablemente, de tal modo que si continúan estas cifras y sigue la evolución de este azote de disminución de la natalidad como viene desarrollándose en estos años, se llegará a un punto en el cual la población ya no aumentará, sino que quedará estacionaria y aun disminuirá. La mortalidad infantil, que tan desfavorablemente fué influida por la ola de frío, resulta en 1929 algo mayor que en 1928, pero gracias a los esfuerzos de la asistencia en los últimos diez años ha bajado en un 50 por 100. La presentación de inflamaciones cerebrales después de la vacunación parece haber suministrado un apoyo a los enemigos de la vacunación, pero prescindiendo del hecho que no está demostrada en todos los casos la coincidencia de la inflamación cerebral con la vacunación, el ejemplo de Holanda debe aterrar. Así, a consecuencia del peligro de la inflamación cerebral, se suspendió durante un año la ley de la vacunación obligatoria, y las consecuencias fueron la presentación de 600 casos de viruela con 20 muertes, que ocurrieron en personas de edad, en quienes ya se había extinguido la acción preventiva de la vacuna o en niños que no habían sido vacunados. Disminuyen los casos de fiebre tifoidea y de diarreas infecciosas; el paratífus, por el contrario, aumenta.

La septicemia puerperal ha tenido menos víctimas, pero las muertes después de abortos son muchísimo más frecuentes que después de partos a término. De escarlatina enfermaron el año 1923 17.000 personas y el año 1928 más de 85.000 (1). El curso, afortunadamente, ha sido más benigno y la mortalidad ha descendido de 2,5 a 1,47. También los casos de difteria subieron de 20.000 en el año 1926 a 30.000 en el 1928 y a 36.000 el año 1929, con una mortalidad de 8 por 100. Los datos que proporciona la vacunación preventiva contra ésta parecen favorables. No ha habido ninguna alteración sensible en las otras enfermedades infecciosas. La enfermería y la mortalidad de la tuberculosis en todas sus formas ha disminuido. La sífilis ofrece un retroceso importante, de tal modo que hoy resulta difícil para los estudiantes observar casos de sífilis reciente. Son interesantes los datos del Ministerio sobre el porvenir de la clase médica. «La conservación de una clase médica de gran elevación científica y moral y de gran eficacia es problema que me toca al corazón. Por eso me alarma el repentino aumento del número de estudiantes de Medicina que desde 9.660 en el semestre de verano de 1927 subieron a 15.067 en el semestre de verano de 1929. Es muy difícil imaginar cómo puede, tan numerosa juventud, crearse en lo porvenir condiciones económicas de existencia».

Estas palabras del Ministro debieran ser el motivo fundamental de todos los consejos que se dan a la juventud que inicia los estudios de nuestra carrera. Por último se llegó al debate sobre el probable cambio en las asignaturas y estudios de la carrera, que no debe consistir en una prolongación de estos estudios hecha, en favor de la clase acomodada, sino que toda la carrera debe modificarse en el sentido de las necesidades de la práctica. En la discusión de esta ponencia tomaron parte gran número de médicos y en ella se confirmaron repetidas veces las aseveraciones del Ministro.

El Dr. Chajas demostró los efectos catastróficos de las malas condiciones económicas actuales de Alemania sobre la salud. Como ejemplo citó la reducción en Berlín de las atenciones prodigadas a las embarazadas, a los tuberculosos, a los niños de pecho y a las madres. Los alcohólicos ya no son enviados a sanatorios a expensas del Estado, y en los hospitales se limitan los exámenes bacteriológicos, químicos, serológicos y de rayos Roentgen. Ante el exceso de médicos recomienda el número limitado de pacientes en las Cajas y Seguros (de acuerdo con la «Hoja de los médicos alemanes») y la limitación al ejercicio libre durante un número de años. Con un reparto razonable de médicos pudieran colocarse muchos.

El Dr. Bundt recordó el ejemplo tremendo de Rusia, donde la septicemia puerperal no ha disminuido a pesar de la libertad concedida a la interrupción del embarazo. Los comunistas protestaron, como es natural, contra estas afirmaciones. Por último habló contra el curanderismo, y dijo que en ese punto se hallaba Alemania a nivel de los pueblos ineducados. Hay muy pocos países cultivados,

entre ellos algún cantón suizo, donde se autorize como en Alemania la práctica de la Medicina sin título alguno.

Sobre política de abastos habló el doctor Fassbender, quien dijo que las legumbres y frutas deben ser rebajadas en su coste y que debe cesar la importación de grano del extranjero que viene en gran cantidad y ser sustituido por el nacional. Hay que desear se profundicen los conocimientos de los médicos en terapéutica dietética y en cocina dietética.

El abogado Leonhardt habló de la duración media de la vida en Alemania, que continúa aumentando; más en las mujeres. El término medio de la vida entre 1871 y 1881 era, en los hombres, de 36 años y en las mujeres, de 39, en los diez años siguientes subió a 40 y 44, después a 44 $\frac{1}{2}$ y 48 $\frac{1}{2}$, y en los últimos años, hasta el 1927 inclusive, a 56 y 58 $\frac{1}{2}$ años, respectivamente. Ahí puede verse el buen resultado de los cuidados higiénicos y atenciones sociales, aunque hay que prevenir un exceso en éstas que podría redundar en un peligro para la salud del Estado.

Noticias.—La promoción madrileña de 1907 ha obsequiado con una cena íntima al Dr. Lafora por haber sido elegido académico numerario de la Real Academia Nacional de Medicina.

—Muy en breve será anunciada a concurso entre los inspectores provinciales de Sanidad la plaza que en Madrid quedó vacante al pasar el Dr. Palanca a la Dirección general.

—El Dr. Bastos, cirujano del Hospital Militar, ha sido designado para desempeñar interinamente la cátedra de Patología quirúrgica, vacante en San Carlos por defunción del Dr. Molla.

—La Junta de gobierno del Colegio Médico de Tarra-gona, por la Dictadura destituida de Real orden, ha sido reintegrada a sus funciones por el gobernador civil don Manuel Salvadores, a tal fin autorizado por el ministro de la Gobernación.

—El Dr. Urrutia ha practicado una gastroenterotomía al presidente de la Liga Anticancerosa, Dr. Goyanes. El estado del enfermo es satisfactorio.

Todos los elementos de esta casa desean el rápido restablecimiento del ilustre cirujano.

—Ha llegado a Nueva York un grupo de médicos españoles, entre los que se encuentran D. Julio García, don Mario López, D. Jaime Vargas, de Madrid; D. Julio Castro y D. Jorge Muñoz, de Zaragoza; D. José Fernández, de Burgos; D. Manuel Álvarez y D. Alberto Gatiérrez, de Gijón, con el propósito de realizar un detenido estudio de los más importantes Centros médicos de Norteamérica.

—El día 22 tuvo lugar el acto inaugural del Instituto de Investigaciones clínicas que dirige el Dr. Planelles, acto al que asistieron numerosas y distinguidas personalidades del mundo médico.

—Ha regresado a Madrid el Dr. Pittaluga, que ha asistido en Ginebra a la reunión del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones.

Excipiente inerte.—Es la enmienda en el que yerra, arras de su salvación.

Cervantes.

Gravitol-Lopión.—Al número presente acompañamos prospecto y tarjeta de los indicados productos, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, Apartado 280, Barcelona.

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 70.493.