

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.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

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

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicilato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRÓNICO, etc.MUESTRAS Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel

Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID

COLIRIO DE SULFATO DE ZINC
QUÍMICAMENTE PURO

ZINOSAL

INSTILACIÓN INDOLORA
[CONSERVACIÓN ASÉPTICA]

JUSTE

Indicado en la CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLOBACILAR o de MORAX-AXENFELD y en las CONJUNTIVITIS CATARRALES, CRÓNICAS, PRIMAVERALES, etc.

El nuevo envase de ZINOSAL simplifica la técnica de la instilación y conserva inalterable la solución.

Muestras y Literatura al LABORATORIO JUSTE.—Apartado 9.030.

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 acos-
tarse ó durante las comidas, si el
estreñimiento es de origen diges-
tivo.

GUIPSINEPrincipios activos del
muérdago.

Medicación hipotensiva. Hiper-
tension, 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 ca-
sos 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 H⁶⁴ A¹⁴ P⁴ O⁷²)

A base de ácido nucleínico pu-
ro y de los principales núcleo-
fosforados extraídos de los ce-
reales. Poderoso reconstituyente
del núcleo celular. Verdadera nú-
cleoterapia. Hiperleucocitario de
primer orden. Especialmente indi-
cado en las convalecencias, etc.

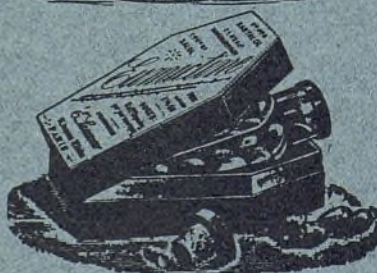
**RHOMNOL**

Píldoras dosificadas, á 0,05
de 4 á 8 por día durante las co-
midas. Sacaruro (granulado) á
0,10 por cucharada de café.
Una cucharada de las de café du-
rante 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 (in-
yecciones agudas).

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc.
Antigonocócico, diurético, an-
tiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)

**EUMICTINE**

Cápsulas envueltas en gluten. Con-
tiene cada una: 0,20 de santalol, 0,05
de salol y 0,05 de hexametileno te-
tramina. 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, neuraste-
nias y convalecencias, mediante la
asociación de Fósforo, Estricni-
na y Arsénico.

**NEO - RHOMNOL**

Ampollas: Nucleinato de Estric-
nina, un miligramo; Cacodilato de
sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria.
Comprimidos: Nucleinato de Es-
tricnina, 0,5 miligramos; Metilarsini-
nato de sosa, 0,025 gramos.
2 comprimidos al día.

Completamente asimilable.

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

Ayuntamiento de Madrid

membranas o el desprendimiento de la placenta del segundo huevo, circunstancias ambas que hacen imposible la persistencia del embarazo, cuando no obligar a una extracción rapidísima para cohibir una hemorragia que amenaza ser fulminante. En algún caso ha ocurrido que a seguida de la expulsión de la primera placenta se ha expulsado un segundo huevo sin romperse. Cuando se trata de un huevo único es imposible la persistencia del embarazo una vez que se ha abierto; pero lo que suele suceder en estos casos es que sobreviene una retención de la placenta, porque las dos placentas unidas se expulsan mucho peor que una sola, como en los embarazos sencillos, o que dos separadas, como en los bivitelinos.

Si no se produce el aborto, tampoco es corriente que el embarazo llegue hasta su término, sino que sobreviene el parto prematuro a los ocho meses o los ocho y medio y siempre tanto más pronto cuanto mayor sea la distensión que sufra el útero. El hidramnios, provocando una gran distensión, es un factor muy importante de provocación del aborto o del parto prematuro en los embarazos gemelares. Cuanto mayor reposo tenga la enferma tanto más se acercará el embarazo gemelar al término fisiológico.

La muerte de uno de los fetos en el curso del embarazo es un accidente frecuente. Lo que sucede entonces puede ser: o que se produce el aborto de ambos fetos, o que el muerto se momifica y el embarazo continúa hasta que llegue a término el feto vivo.

Llegado el momento del parto, el caso más corriente es que uno de los fetos se presente solo en el estrecho superior, no ocurriendo la presentación del otro hasta que el primero se expulsó por completo. En estas condiciones el parto se hace de una manera perfectamente normal, y en nada se diferencia la expulsión de cada feto de la de un parto corriente. En otros casos excepcionales ambos fetos intentan presentarse en el estrecho superior simultáneamente, y entonces se crea un caso de distocia fetal que estudiaremos con las demás distocias de esta clase. Cuando el embarazo gemelar ocurre en una primípara es más raro que llegue a feliz

de separación, de suerte que flotan en el mismo líquido. En estos casos existe una sola placenta con dos cordones umbilicales, o bien, en el caso de que existan dos placentas, son continuación la una de la otra y tienen una parte común.

En el caso del embarazo bivitelino, si los dos óvulos se han implantado en regiones del útero, bastante distanciadas una de otra, tendremos el desarrollo simultáneo de dos huevos completamente independientes; cada uno de estos huevos tiene sus tres membranas: amnios, corion y caduca; tiene su placenta y contiene su feto. Lo que es más importante, desde el punto de vista práctico, es que la circulación de uno de estos huevos es completamente independiente de la del otro. La separación de ambos está formada por seis láminas, que son las tres membranas de cada uno de esos huevos. Ahora bien: no es raro que las dos caducas reflejas que están en contacto se suelden una con otra y hasta se reabsorban parcial o totalmente. En cambio las membranas fetales se encuentran siempre completas, y por eso puede suceder, si bien en casos rarísimos, que se haga el parto de uno de los fetos y persista el embarazo del otro.

Si al implantarse los dos óvulos en el útero lo hicieron en zonas muy próximas entre sí, o acaso en el mismo pliegue de la mucosa uterina, ambos quedan envueltos por la misma caduca refleja y el tabique de separación consta ya de un modo primitivo de cuatro láminas, que son los dos amnios y los dos coriones. Las placentas se encuentran muy próximas entre sí, hasta el punto de que con frecuencia se tocan, pero siempre son independientes y la circulación de un feto no se confunde en absoluto con la del otro. Los fetos que se desarrollan de este modo no tienen entre sí más relaciones que las que existen entre dos hermanos de partos diferentes; pueden ser los dos del mismo sexo o ser de sexos diferentes; pueden existir entre ellos diferencias de desarrollo debidas a la particularidad de cada uno de los huevos y, si uno de ellos sucumbe durante el embarazo o nace con algún defecto de desarrollo, el hermano no ha tenido participación alguna en el accidente. Claro que otra cosa sucede en

el momento mismo del parto, en el que la presencia de uno de los fetos puede ser un obstáculo para que el parto del otro se haga bien, pero de esto ya trataremos a su tiempo.

El embarazo gemelar monovitelino se hace por la fecundación de un óvulo con dos vesículas germinativas. En este caso los fetos pueden tener un solo amnios o dos amnios distintos, pero desde luego tienen un solo corion. Existe nada más que una placenta cuyas dos zonas vasculares se confunden, existiendo numerosas anastomosis de una a otra. Las anastomosis no se reducen a las vellosidades coriales, sino que existen también entre las arterias y entre las venas de los dos gemelos, y en este caso, aunque hay cruce de circulaciones es corriente que las anastomosis no sean iguales, sino que uno de los fetos reciba del otro mayor cantidad de sangre que la que le devuelve, justificando las denominaciones de gemelo transfusor y gemelo transfundido.

Este último, al cabo de recibir una cantidad excesiva de sangre tiene que responder con una hipertrofia de su corazón y a la larga llega a presentar los fenómenos de la asistolia. En los casos en que existe una sola cavidad amniótica las anastomosis vasculares son más abundantes que en los casos en que existen dos. Lo corriente es que existan dos cordones umbilicales, pero puede suceder que no nazca de la placenta más que uno que luego se bifurca formando una Y. Los fetos son siempre del mismo sexo y la solidaridad entre ambos se manifiesta por los hechos siguientes: Por comunicaciones vasculares que pueden ser funiculares y placentarias o pueden ser extraembrionarias. En uno y otro caso la relación entre los dos hermanos cesa en el momento del nacimiento en que artificialmente se los separa por la sección de estas comunicaciones. Con frecuencia son los dos fetos iguales y tan semejantes entre sí que se engendran los casos perfectamente conocidos en que es difícilísimo distinguir a los dos hermanos, incluso cuando son mayores. En otros casos puede haber una detención del desarrollo de uno de los embriones o incluso la muerte del mismo, por los trastornos circulatorios que hemos explicado más arriba debidos a la distribución desigual de la sangre

antes de la expulsión del primer feto se podrá hacer muchas veces, sea porque al romperse la bolsa de las aguas la palpación se haga más fácil en los intervalos entre las contracciones uterinas, sea porque habiéndose roto un solo huevo se nota en la parte del útero que ocupa una consistencia completamente distinta de la que tiene la otra parte en que queda el segundo huevo íntegro todavía.

Por último, si no se logra hacer el diagnóstico durante el trabajo del parto es indispensable hacerlo inmediatamente después de la expulsión del primer feto, para proceder convenientemente en la ligadura del cordón umbilical. Para ello basta aplicar la mano al útero, una vez terminada aquella expulsión, y reconocer que su volumen no se ha reducido en la forma que es habitual que ocurra y al mismo tiempo que se palpan los polos del segundo feto. En la mayoría de los casos no solamente se hace el diagnóstico del embarazo gemelar durante el parto, sino que se puede llegar a precisar hasta la posición del segundo feto e incluso si existe un solo huevo o si existen dos, esto último fundándose en la diferencia de tensión de dos partes distintas del útero.

No es corriente que los embarazos gemelares lleguen hasta el final de la gestación. En la mayoría de los casos se produce el aborto y se produce desde el primer trimestre, habitualmente a consecuencia del hidramnios, único síntoma en este período que, por llamar la atención sobre el desarrollo excesivo del útero, permite sospechar la existencia de un embarazo gemelar. Generalmente, cuando se produce el aborto en el tercero o en el cuarto mes no se ha hecho aún el diagnóstico de embarazo gemelar y el segundo feto se puede expulsar a continuación del primero, algunas horas e incluso algunos días más tarde, o no expulsarse hasta que el embarazo ha llegado a su término si se encontraba en un huevo distinto que el primero. Esto último es completamente excepcional, porque, como se comprende, tras del primer feto se ha de expulsar su placenta correspondiente, y aunque los dos huevos sean diferentes es excepcional que sea tan grande su independencia que la expulsión de la placenta y de las membranas de uno no lleve consigo la rotura de las

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados desmenuados.
Tos rebeldes Asma

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

JARABE FAMEL

*Calma rapidamente la Tos facilita la Expectoracion
obra favorablemente sobre el estado general*

Muestras á disposicion de los Sres. Médicos
Agentes Generales para España
— GURIEL Y MORAN — Aranjón 126 — Barcelona

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

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Quando el estómago por cualquier causa devuelve los alimentos ó medicinas, el **Jugo de carne Valentine's** demuestra su facilidad de asimilación y el poder que tiene para restaurar las fuerzas. En las formas ligeras de neumonía y extenuación, en la debilidad general con digestiones flojas de los tísicos y en la postración y depresión que sigue á la influenza, es recomendado por muchos prácticos en todo el mundo como insustituible en el tratamiento.

INFLUENZA Y PNEUMONÍA

J. E. BUCHANAN M. D., profesor de Ginecología en el Colegio Médico Homeopático de Missouri, St. Louis: «Lo he venido usando con gran éxito en mi práctica y todavía lo recomiendo como el alimento de más valor para los enfermos de influenza.»

JOHN L. DANIELS M. L., médico visitador del Hospital Metropolitano New York: «He venido empleando siempre el **Jugo Valentine's** como ensayo para estudiar sus resultados. Es agradable al paladar y en los casos de debilidad ha sido probado como un buen coadyuvante en nuestros usos terapéuticos. También he podido comprobar que en un caso de pneumonía con irritabilidad de estómago, ha tenido buen éxito.»

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

¡El Original!

Bueno es recordar que el Agarol fué la primera emulsión de aceite mineral y agar-agar que se dió a conocer a los médicos, y que su eficacia terapéutica ha quedado desde hace tiempo, bien establecida clínicamente.

Juzgando por el criterio más seguro, que son los resultados, cada elemento que entra en la composición del Agarol* persigue un fin determinado y por su influencia sinérgica contribuye a hacer del producto compuesto lo que los médicos han encontrado que es — un correctivo del intestino, tan racional como digno de confianza.



* Emulsión uniforme, estable y perfectamente homogénea de aceite mineral purísimo, sumamente viscoso, con agar agar y fenoltaleína (4 centigramos en cada cucharadita).

AGAROL

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

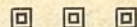
INDUSTRIAL MEDICA SANITARIA

Fabricación de Mobiliarios para
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Raimundo Fernández Villaverde, 1 y 3 - Tel. 40699
(Glorieta Cuatro Caminos) :—: MADRID

== Oferta especial para los señores médicos. ==

Vitrina hierro de 100 X 50 X 30 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 30 » con 3 » »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 33 » con 4 » »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» » con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» » con porta-irrigador.....	» 73,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» » de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 38,00



Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

Visiten nuestros Talleres y Exposición, donde encontrarán infinidad de modelos.

Soliciten nuestro catálogo.



PARA SUMINISTRAR
AL PACIENTE UN ALIMENTO
QUE NO CANSE EL ORGANISMO
Y MANTENGA EL VIGOR.....

CEBE

SOLUCIONARA ESTE PROBLEMA



Para solicitud de muestras y literatura dirigirse a:
Explotación Agrícola de Villafranca del Castillo. — Paseo del Prado, 6. — MADRID

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

31 I-1931

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.

LOS CARNEROS DE PANURGO

A todos y a ninguno
mis advertencias tocan,
y aquel que se picare
con su pan se lo coma.

En todos los movimientos, al lado de los hombres en quienes se condensan, está la multitud de los que van donde se les lleva, inconscientes, siguiendo una u otra corriente, a lo que resulte,

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar
á nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

sin explicarse lo que les ocurre. El espíritu de imitación y la inercia son factores importantes en el mundo, sobre todo en el de la juventud. «Se encuentra en cada generación una masa blanda, y la mayoría, siempre y en todas partes, constituye rebaño». Esta tendencia a seguir los caminos trillados se acentúa más que se disminuye en nuestros días. Entre los burdos errores que entorpecen nuestros cerebros y que cambiamos como verdades indudables, figura el de que el pasado se caracteriza por su inmovilidad, su rigidez y su pobreza de formas, la falta de espíritu crítico, la monotonía del pensamiento y de las costumbres. Nosotros, por el contrario, somos los hombres de la diversidad, del movimiento, del examen. Nada más falso. Estas épocas antiguas que se nos aparecen con un marcado carácter de estabilidad, no dejan de tener en el seno de su sólido marco una maravillosa riqueza de forma, de usos, de costumbres, de originalidades locales. Poseían la variedad en la uniformidad. Nosotros, por el contrario, poseemos la monotonía en el cambio. Cuanto más

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

cambia, más igual permanece. En ninguna época de la historia la moda ha desempeñado el papel que hoy. Las mil formas en que se manifiestan la vida y el pensamiento se propagan y se imponen con rapidez. La multitud las acepta sin discernimiento.

Una de las extravagancias de este tiempo, desengañado y sin fe, es el en capricharse por algo o por alguien. Espontáneamente nace una corriente, crece, se extiende y arrastra a las masas desamparadas. Nada más simple que las

gentes desengañadas de todo. Su necesidad de creer, sin cesar reprimida, se inclina de súbito a objetos que el azar y el capricho determinan solamente, y que están destinados a ser abandonados un día como han sido adoptados, sin razón aparente. Todo en este siglo tan rico en invenciones, ha contribuido a traer la uniformidad. La ciencia misma nos ha puesto en disposición de multiplicar hasta el infinito las formas una vez halladas y lanzarlas al mundo con una profusión que las envilece. El afán de la vulgarización ha rebajado las artes. Si surge en algún sitio una obra maestra, es copiada inmediatamente en miles de ejemplares; tanto se hace esto en todas partes, que al cabo de pocos meses viene el cansancio. Es la historia de los más bellos trozos de ópera que llegan a ser música de organillo. Durante seis meses una melodía se apodera del público, todos la cantan, todos la silban. Después, toca el turno a otra. Lo mismo ocurre con la mayor parte de las manifestaciones del arte o de la vida social. La gran ciudad en posesión de todas las industrias de la civilización moderna ha inundado el país con sus

rando de sí misma, no ofrece ya a la gran ciudad más que su imagen reducida y debilitada.

Habría mucho que decir sobre este particular. Pero quiero llegar a esto. ¿Dónde el carácter, la originalidad, el deseo de abrirse nuevos caminos pueden andar en un mundo así constituido? ¿Cómo queréis que la juventud llegue a formarse en él una fisonomía individual? Notadlo bien, es casi una herejía no ser como todo el mundo. El

"MALTOPOL"

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

temor de distinguirse se advierte ya en el traje. Nadie sigue más pasivamente la moda que ciertos jóvenes. Les es necesario el mismo sombrero, el mismo nudo de corbata, el mismo corte de levita, etc. No son ya individuos que pasan, si no ejemplares por docenas, por gruesas, como se dice en las fábricas. Y de hecho, se tiene una vaga impresión de fábrica y de cosas postizas viendo pasar un número de seres idénticos muy grande. Ese monóculo, ese bastón, esos gestos, ese hablar estereotipado recuerdan al autómatas. No admiraría encontrar en algún sitio una estampilla de procedencia, una firma, por ejemplo: Grevin fecit.

Las costumbres se conforman con el régimen del vestido y las ideas siguen. Lentamente se dibuja un carril y consistentemente se ahonda. En él entran en multitud uno a continuación de otros. Es un monomio en la esfera del pensamiento. Entonces la vida en rebaño llega a ser el elemento preferido. Sacados de ahí, están como peces en la tierra y como gallinas en el agua. Pierden el hilo y su juicio. No dan ya valor sino a lo que han visto, oído, gustado en masa. ¡Era malo, no había nadie; era soberbio, se sentía uno abrumado! Confesémoslo, he aquí un estado de cosas serio y grave desde el punto de vista del porvenir. La escuela podría remediarlo. ¿En dónde más que en ella podría cultivarse y adquirirse la independencia? Pero la escuela se ha resentido de los



productos y entablado en todas partes una lucha desigual con las particularidades locales. A fuerza de centralizar, no tan sólo hemos suprimido lo que el particularismo tenía de malsano y estrecho, sino también su savia y su vigor. El gran laminador del industrialismo, de la burocracia y de la moda, ha pasado sobre el mundo y ha aplastado la originalidad. La nivelación de las vidas y de los seres ha sido el resultado. Costumbres locales, trajes, cantos o idiomas regionales han ido borrándose. En vano se viaja ahora; las líneas del ferrocarril, las estaciones, los hoteles y los teatros se parecen como hermanos. La provincia extenuada y vacía, desespe-

VITOLO

33 comprimidos de cacodilato de sosa por caja.

ADONCE - ISOLADO - APERTIDO

CADA CAJA CONTIENE:

- 33 comprimidos de cacodilato de sosa.
- 33 comprimidos de cacodilato de sosa.
- 33 comprimidos de cacodilato de sosa.

APLICABLE POR VÍA:

- ORAL
- INTRAVENOSA
- INTRAMUSCULAR

VITOLO es la solución más depurada de cacodilato de sosa y la más adaptable a todas las necesidades clínicas.

Exalta la acción reconstituyente y la específica del cacodilato de sosa.

Indicado en: Sifilis, Paludismo, Tuberculosis, Síndromes parkinsonianos, Eozemas, Anemias, Linfadenias, Astenias, Convalecencias.

Apartado de Correos 9.030.—MADRID

influjo del medio. Cedo, por decirlo así, la palabra a M. Lavieze: «Nuestra inferioridad es quizás efecto del abuso en que hemos caído, de la educación uniforme. Hemos multiplicado los colegios, los hemos colocado bajo la misma disciplina; hemos regulado el empleo del tiempo, minuto tras minuto; hemos escrito artículo tras artículo, programas que se alargan sin cesar. A fin de que nadie pueda librarse de nuestras reglas y de que a nadie sea lícito capricho alguno, hemos establecido a la entrada de todas las avenidas de la vida intelectual exámenes que cortan el camino a los independientes. Nuestra libertad de enseñanza nada tiene de común con la libertad de la inteligencia. Queda reducida a la elección de dueño, a la opción entre la levita y la sotana.

Es uno de los fenómenos de nuestro siglo haber puesto mano a la escuela sobre los espíritus. ¡Debíamos realizar

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

nuestra obra escolar y tenemos razón para enorgullecernos de haberla realizado, pero cuidado! La cultura escolar, como hoy la comprendemos, es peligrosa. Sus pretensiones enciclopédicas son un engaño: quiere ser universal, pero por lo mismo es limitativa. El escolar que debe aprenderlo todo, aprende poco; el espíritu que se satura pierde el apetito; la monotonía de las reglas absolutas ahoga toda originalidad.

Para llegar a ser algo en el seno de circunstancias semejantes, es preciso tener corazón de bronce y cerebro de diamante. Se ha censurado algunas veces a Francia el no desarrollar el espíritu colonizador. Este espíritu, en suma, es el de la poderosa iniciativa personal. Para salir de los medios acostumbrados es necesario valor. Otro tanto es preciso para colonizar en la esfera del espíritu, de las costumbres, de la acción, para separarse de la mayoría y emprender su camino, siguiendo un ideal nuevo. ¡Así qué ardiente simpatía no debemos atestiguar a toda fuerza joven que trata de libertarse de la pesada esclavitud de la rutina! La mejor esperanza de salir del carril en que estamos metidos descansa en las gentes jóvenes, seguramente raras, que tengan valor bastante para vivir como colonos y exploradores, para salirse del rebaño guiado, guardado y esquilado, para marchar solos o creándose, en la amistad con espíritus decididos como ellos, un refugio para los días malos.

C. WAGNER.

(Juventud.)

Lactofitina: reconstituyente infantil.

LOS HOMBRES son tan simples, que el que quiere engañar, siempre encuentra a uno que se deje.

LA FORTUNA se mueve aprisa, y casi todos los hombres despacio. Por esto pocos la alcanzan.

SAAVEDRA FAJARDO.

La presa; sus empleos.

Las presas son tan antiguas como los ríos, y el primer hombre que deseando asegurar una reserva de agua para su huerto desvió una vena del arroyo vecino, hizo lo por medio de un dique de tierra. Los ingleses del siglo XIX, para asegurar la irrigación de Egipto, cons-

ALBUMINURIA «Stroarsil» — Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

truyeron en Assoan un dique gigantesco de piedra y de cemento.

Diversas presas. — A los diques destinados al riego se añaden otros varios; presas destinadas a la alimentación de canales y de ríos deficientes en la estación seca; presas destinadas a dividir los ríos en brazos navegables por la retención de las aguas; presas auxiliares de esclusas; presas para mover la rueda de los molinos, etc.

El rápido desarrollo de la electrificación, en todas sus formas, ha recurrido a las potencias del agua. Para accionar las turbinas y los alternadores no bastan las caídas naturales, y para suplir éstas los torrentes se transforman en lagos, por la construcción de paredes enormes, de poderosos diques, cuyo perfil modifica la Naturaleza en beneficio del hombre y de sus múltiples y variadas necesidades.

LA APLICACIÓN DE LA PRESA A LA FÁBRICA DE ELECTRICIDAD

Para producir electricidad, la fábrica hidroeléctrica puede utilizar la fuerza de un salto de agua. Captada en conductos de palastro, la caída aumenta su

Seda!
Merck
Analgésico
Antipirético

fuerza y por el intermedio de turbinas y alternadores se convierte en energía eléctrica. De la sala en que funcionan las máquinas, o «Central hidroeléctrica», la electricidad es llevada por cables de alta tensión a un puesto de transformación o «subestación eléctrica», que le da la forma requerida, corriente alterna o continua, para ser distribuida y empleada para todos los usos de fuerza, luz y calor.

A falta de caída del agua, los ingenieros recurren para obtener la fuerza a un procedimiento artificial de desnivel. El curso de los ríos encauzados se eleva, transformándolo en lago-depósito, por la construcción de una presa; y de este depósito, el agua acumulada desciende por los conductos establecidos en bajada, llevando a las turbinas una fuerza que no tiene más límites que las dimensiones del depósito.

En apariencia, la presa es la pieza capital; ella es la que a los elementos

suministrados por la Naturaleza para constituir el depósito, o sea el lecho del río y sus dos márgenes, añade otro elemento que termina este depósito; ella es la que reteniendo y acumulando las aguas determina, en gran parte, las dimensiones del depósito al que impone su altura y, por consiguiente, mide la fuerza que debe dar el agua. Ella también, la que teniendo en cuenta la resistencia invencible de las márgenes y el fondo, parece soportar, no obstante, por sí sola, la presión de la masa líquida. Por lo menos lleva la responsabilidad; de su solidez depende la suerte de la fábrica hidroeléctrica establecida en su base, y en cierto modo, la vida misma del valle, que perecería si la presa se rompiera.

CÓMO SE CONSTRUYEN

Ya sea para accionar la modesta rueda de un pequeño molino, o una o mu-

chas turbinas de 15.000 caballos, el principio de la instalación de una presa es siempre el mismo; según su importancia, es un paredón o un murallón enorme, al través del río, con un vertedero encima o en los lados, para asegurar la evacuación del agua.

La presa peso. — La mayor parte de las presas son paredones enormes, cuyo espesor disminuye a medida que se levantan, presentando en forma de corte un perfil netamente triangular. Ya sea su sección triangular o rectangular, afectan casi siempre la forma curva, con la parte convexa mirando hacia la corriente para resistir mas eficazmente el empuje de las aguas.

La mampostería de pedruscos antes empleada se ha substituido por el cemento llamado ciclópeo; o sea, cemento amalgamado con piedras, lo más grandes posibles, a fin de disminuir el número de juntas, origen de las pérdidas y que ofrece mayor seguridad y al mismo tiempo mayor economía.

Debido a su peso, un paredón de esta clase resiste la doble presión del agua, presión vertical y presión horizontal, y que transmite íntegramente al suelo y a las paredes, en las que se apoya. De ahí su nombre de «presa peso».

Llámanse también «presa de gravedad llena» cuando se le oponen las presas de gravedad huecas y las presas bóvedas. Las primeras son triangulares y afectan en su corte la forma de una A. Son más económicas, pero menos resistentes, y sólo pueden emplearse en valles estrechos, en poca longitud. La segunda la constituyen una serie de pi-

Urosolvina: eficaz antiúrico.

lares huecos semicirculares, separados entre sí por contrafuertes en que se apoyan.

UNA PRESA MODELO

Una de las presas construidas recientemente es la de Eguzon (Francia), sobre el Creuse.

SIGUE A LA PAGINA XX



EL UNICO PRODUCTO

AGRADABLE

A BASE DE

SALES HALÓGENAS DE MAGNESIO

es en 1931, EL NUEVO

SENECTAL PELLETIER

NUEVOS COMPRIMIDOS DE RIQUEZIMO SABOR

DULCES Y AROMÁTICOS A LA FRAMBUESA

UNICO PUNTO DE VENTA EN MADRID:

F. GAYOSO, Arenal, 2. — EN BREVE EN TODAS LAS FARMACIAS

K A L O G E N

Solución de compuestos halogenados de calcio.

Fórmula por 100 c. c.

Cl ₂ Ca.....	0,295 gramos.
Br ₂ Ca.....	0,520 >
I ₂ Ca.....	0,752 >
H ₂ O.....	100 c. c.

RECALCIFICANTE

SOLUBLE

NO ACIDO

INDOLORO

INOCUO

INALTERABLE

Por vía gástrica y en inyectables de 2 c. c.



Debido a las sales que lo integran, a su reacción y grado de disociación, es el preparado que reúne las máximas garantías para conseguir con el mismo una rápida asimilación del calcio.

Muestras y literatura: DR. TAYA & DR. BOFILL.— Comercio, 28.—Barcelona.

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA

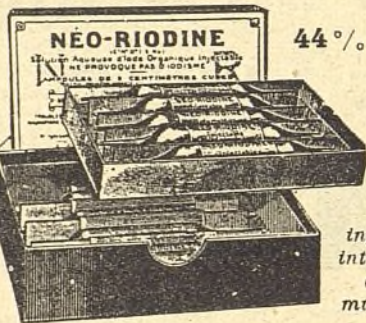
Lenta y duradera
POR LA

NEO-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

$(C_{15}H_{33}O_3)_3 (I H)_2 C_3 H_5$

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

GRANULADO
A BASE DE CAL-FERMENTOS
DIGESTIVOS-CACAO Y AZUCAR

Païdocalcina

TONICO RECALCIFICANTE

CAL
PARA
NIÑOS

TODA LA
PATOLOGIA
INFANTIL
PUEDE REDUCIRSE
A UN DEFECTUOSO
METABOLISMO CÁLCICO,
Y TODO TRASTORNO
METABÓLICO DEPENDE EN PARTE
DE UNA PERTURBACIÓN DIGESTIVA

PAIDOCALCINA, cuyo rendimiento clínico se ve favorecido por un agradable sabor, alcanza una gran eficacia recaleficante porque se atiene fielmente al mecanismo bioquímico de la asimilación cálcica.

Indicado en: RAQUITISMO, ANEMIAS,
ESCROFULISMO, CATARROS INTESTINALES,
DENTICIÓN LABORIOSA, CRECIMIENTO RETARDADO etc.

MUESTRAS Y LITERATURA AL DEPARTAMENTO MÉDICO
DEL LABORATORIO JUSTE. Francisco Navacerrada, 3. Hotel
Teléfono 55.386.—Apartado de Correos 9.030.—MADRID



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Cuatro casos de psicosis en la fiebre de Malta, por *Pedro A. Nouvilas*.—Algunas analogías entre hipertiroidismo, diabetes y diarreas infantiles. Y consideraciones que nos sugieran, por *Jesús Vilal Prieto*.—Sesiones clínicas.—Instituto de Medicina Práctica.—Información científica extranjera: Maniqués para practicar las técnicas de inyección intravenosa e intramuscular. Adaptación de *P. Javier Cortezo*.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

CUATRO CASOS DE PSICOSIS EN LA FIEBRE DE MALTA

POR

PEDRO A. NOUVILAS

Médico Director del Manicomio de Navarra

Que yo sepa, muy poco se ha publicado recientemente sobre este tema; no tengo referencias de más comunicaciones que un trabajo al Congreso de Medicina celebrado en Marsella la primavera pasada (cuyos detalles desconozco) y la comunicación presentada poco después por Carrasco Martínez a la Academia Médico-Quirúrgica de Madrid sobre un caso de psicosis atribuida a una fiebre de Malta padecida tres años antes, amén de las breves referencias que llevan los tratados de Patología médica al ocuparse de esta infección. Sin embargo, sospecho que son síndromes relativamente frecuentes, y el no ser citados con regularidad es debido, por un lado, a falta de comunicaciones por los clínicos que los observan; por otro, a quedar el diagnóstico sin hacer muchas veces, ocasionado en las clínicas mentales; a la carencia de antecedentes patológicos, aun los más inmediatos, con que ingresan estos enfermos; no tener presente la posibilidad de esta etiología y presentarse en ocasiones el cuadro psicótico algún tiempo después de cesar los síntomas agudos de la afección somática. Tanto debe ser así, que en poco más de seis meses, y en región no muy castigada por la fiebre de Malta, han ingresado cuatro casos en este manicomio, los cuatro mujeres, y por cierto con diferentes caracteres sindrómicos, quizá no tanto debido a la distinta virulencia del agente infeccioso, cuanto al variado modo anímico de reacción individual.

Creo, pues, de interés, aunque en forma esquemática, presentar un breve resumen de su padecimiento, comenzando por los dos casos de terminación letal, los cuales presentan mayores analogías.

Caso I. Matilde L., natural y vecina de un pueblo de esta provincia, de veintinueve años de edad, soltera; ingresa el 17 de Noviembre de 1929. No poseemos otros antecedentes sino que lleva varios días agitada y con fiebre alta. Ingresaba en estado físico muy precario, muy desnutrida, pulso frecuente y dé-

bil, fiebre elevada de 39 y 40° y más; en plena confusión mental, no se pone en relación; parece que se le va a fijar la atención, pero pronto desvaría; habla sin cesar; falsos reconocimientos, alucinaciones visuales y probablemente también auditivas; no se está quieta, trata de levantarse de la cama; toma el alimento a fuerza de instancias y con dificultad. Se la somete a balneoterapia y sedantes (somnifeno por vía oral y en inyecciones); sólo así descansa unas horas; la fiebre se presenta diaria con remisiones casi a la normal por la mañana. Sospechando fiebres tíficas, se investiga las reacciones de aglutinación del suero, resultando negativas para los bacilos tífico y paratíficos, y positiva al 1 por 80 para el micrococus melitense. Se la trata entonces por la vacuna específica; la fiebre desciende progresivamente sin llegar a desaparecer, pero la debilitación general y cardíaca se acentúa y el cuadro mental no mejora, falleciendo el día 1.º de Diciembre, a los quince días de su ingreso.

Caso II. Ventura D., natural de un pueblo de Navarra y sirviente en San Sebastián, de veintidós años de edad, soltera; ingresa el 23 de Febrero de este año. No sabemos más sino que hace poco volvió al pueblo enferma de fiebres y luego se puso loca, por lo que la trajeron aquí. Su estado general deja mucho que desear; fiebre por encima de 38°, que cede algún día para reaparecer al siguiente, de curso irregular; pulso frecuente; inhibida, facies estuporosa; inquieta, parece desorientada, no se pone en relación, casi no contesta; angustiada, negativista, se niega a tomar alimento, lo que obliga al empleo de la sonda; no se aprecian alucinaciones ni síntomas catatónicos. Se le extrae sangre y la reacción de aglutinación es negativa a los bacilos tíficoparatíficos, pero positiva al 1 por 160 a la fiebre de Malta. No obstante el tratamiento, desaparece la fiebre a los quince días y empezar a alimentarse espontáneamente, sus fuerzas decaen poco a poco y fallece el día 12 de Marzo, a los diecisiete días de su ingreso.

Caso III. Raimunda A., natural y vecina de un pueblo de Navarra, de veintitrés años de edad, soltera; ingresa el 15 de Octubre de 1929. A su ingreso carecemos de antecedentes. Demacrada y debilitada, pero sin síntomas de enfermedad orgánica, orientada en

todos sentidos; gesticulaciones, manierismo, ríe sin motivo; irritable, es violenta hacia las demás enfermas y las enfermeras; indócil, negativismo activo, disociación del pensamiento, perseveración; no se le aprecian alucinaciones ni ideas delirantes; no existe sensación de enfermedad. Se establece un diagnóstico provisional de esquizofrenia, pero al mes se ha iniciado la mejoría, se ha ido adaptando al régimen de la casa, se hace dócil, cede la irritabilidad. Continúa mejorando y a principios de Diciembre se da cuenta de su situación y su enfermedad: dice que la trajeron al manicomio porque estaba enferma de la cabeza, se había trastornado hacía poco, estaba débil, le dolía la cabeza, sentía como atontamiento, no dormía, estaba nerviosa, gritaba; no recuerda haber pegado a nadie (aunque sí lo había hecho); comía poco; se sentía alegre; oía gritos; niega alucinaciones visuales; por Agosto (no se consigue que precise fechas) estuvo dos meses con fiebres, dijeron que de Malta; había muchos enfermos en el pueblo con lo mismo y a cada uno le atacaba a diferente parte del cuerpo, principalmente a las piernas; siguen las risas inmotivadas, cierto amaneramiento e inquietud, euforia. Puestos sobre la pista descubrimos que el suero aglutina el micrococcus melitensis al 1 por 120. Sigue mejorando, empieza a trabajar en el establecimiento y a mediados de Enero su estado mental es completamente normal, sin que se le aprecien trastornos del pensamiento, así como su comportamiento. El 13 de Febrero sale de alta y en la actualidad sigue bien.

Caso IV. María B., natural y vecina de un pueblo de la provincia, de treinta y cinco años de edad, casada; ingresó el día 12 de Junio último. Presenta aspecto de padecer grave enfermedad somática, fuliginosidades en boca, gorgoteo en ambas fosas ilíacas, estreñimiento pertinaz, alta temperatura (de más de 39°) y pulso frecuente y débil, remisiones matinales de la temperatura de algunas décimas; según nos dicen ha padecido una pulmonía, pero no se le aprecian síntomas por auscultación. Habla sin cesar con absoluta incoherencia; agitación motriz; no permanece un momento sosegada; gesticulaciones, escupe al aire, canta; atención sumamente movible, fuga de ideas; en algunos momentos delirio ocupacional, actitudes y movimientos de defensa contra probables alucinaciones visuales; por su extrema movilidad, su alimentación se hace difícil. Las reacciones de aglutinación, que se practican inmediatamente, dan el resultado siguiente; al bacilo de Ebert, positiva al 1 por 320; a los paratíficos A y B, positiva al 1 por 160; al microbio melitensis, positiva al 1 por 80. Diagnóstico: confusión mental de origen melitense; tratamiento, el correspondiente a la infección, empleando la vacuna específica, sedantes, etc. Su estado empeora, haciendo temer un desenlace funesto; pero a los veinte días se inicia mejoría, la fiebre deja de presentarse diariamente y se transforma en intermitente con dos o tres días de intervalo apirético, para seguir diaria un poco después, con alternativas; el estado general va mejorando; a fines de Julio puede decirse

que ha entrado en franca convalecencia, que se hace prolongada; abandona el lecho y se nutre; mentalmente la agitación ha desaparecido por completo, así como las alucinaciones y el delirio, pero es substituído por un cuadro de profunda depresión caracterizado principalmente por indiferencia afectiva y negativismo pasivo; no pronuncia una palabra; se alimenta mecánicamente; obediencia automática; permanece quieta donde se la deja; no pregunta por sus hijos ni hace caso a las visitas de los familiares. Se estaciona este cuadro hasta Septiembre, en que comienza a contestar alguna palabra y hace las labores de costura que se le encomiendan. En la actualidad contesta a lo que se le pregunta brevemente; recibe a la familia; orientada de persona y tiempo, aunque no exactamente de su situación; idea confusa de enfermedad; no se da cuenta de lo que le ha pasado ni lo recuerda; poco interés por todo; dócil, afable; esperamos que se restablecerá completamente.

Los dos primeros casos no nos ofrecen aquí interés especial, forman parte del numeroso grupo de delirios infecciosos agudos que llegan al manicomio con la finalidad de aumentar la mortalidad en la estadística anual. Los dos últimos se prestan a la interpretación, sobre todo ahora en que nuestras ideas sobre la esquizofrenia no dejan de ser un tanto obscuras, pueden reputarse como reacciones del orden esquizofrénico desarrolladas como consecuencia de la infección; sin embargo, a mi juicio, mientras no sepamos qué valor ni extensión dar a la reacción esquizofrénica, mejor es incluirlas en la confusión mental de origen melitocócico, especialmente a Raimunda A.; pues hablan a favor de la psicosis infecciosa aguda, la rapidez con que ha evolucionado, su curso favorable, la falta de antecedentes mentales personales y el permanecer después en buena salud psíquica, sin podersele apreciar signos de terreno psíquico morboso.

No obstante, considero que el mayor interés de los casos es mostrar una vez más lo fácil que es cometer errores diagnósticos a primera vista y la posibilidad de que las psicosis de este origen sean mucho más frecuentes de lo que creemos ordinariamente; puede ser que melitocócicas sean algunas psicosis que vemos evolucionar rápidamente hacia el restablecimiento completo.

Pamplona, Noviembre de 1930.

Algunas analogías entre hipertiroidismo, diabetes y diarreas infantiles.

Y consideraciones que nos sugieren

POR

JESÚS VIDAL PRIETO

Médico titular (actualmente en excedencia).

Un buen número de enfermos afectos de hipertiroidismo se encuentran mucho mejor de sus trastornos en in-

Prokliman "Ciba"

Sofocos
Palpitaciones
Agitación
Insomnio
Cefalalgias
Estreñimiento
Obesidad
Menorragias

Asociación racional
de hormona ovárica
y sustancias sedan-
tes, descongestivas y
cardiotónicas, para
el tratamiento de
los trastornos de la

Menopausia

FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

MUESTRAS Y LITERATURA:

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285 : BARCELONA : Apartado 745

Una nueva presentación del **Hemostyl:**

HEMOSTYL-VINO

(Sangre hemopoiética total y excipiente. — Moscatel añejo.)

Ofrece las ventajas siguientes:

Producto
muy ligero,
muy digerible
y excelente para los

Anémicos
anoréxicos
o asténicos.

Muy agradable durante las épocas de calor.

Dos vasos de los de licor al día.

Literatura y muestras: LABORATORIO A. AMOR GIL
Calle de Fuenterrabía, 1.—MADRID

vierno que en verano (1). Análogamente se ve en clínica infantil que en los meses de invierno niños con sobrealimentación o que se comete con ellos transgresiones de régimen, suelen tolerarlo bastante bien; por el contrario, en el verano vemos una disminución notable de tolerancia alimenticia en niños que llevan una bien reglamentada lactancia natural o artificial; y sin cometer con ellos ninguna falta de régimen, ni en calidad ni en cantidad, solamente con el hecho de presentarse los fuertes calores, vemos presentarse la intolerancia alimenticia con sus consiguientes estados dispépticos.

Copiamos ahora de Marañón en su obra citada anteriormente (2): «Un número de hipertiroideos, que puede calcularse en un 7 por 100, según mi estadística, presentan glucosuria espontánea como fenómeno ya aislado, ya acompañado de otros signos de diabetes (sed, poliuria, pruritos etc.), y más adelante en las mismas páginas, dice:

«Las glucosurias de los hipertiroideos son manifestación de una diabetes propiamente dicha (Joslin).» Y añade después: «Ahora bien, probablemente la perturbación metabólica debida al hipertiroidismo puro no pasaría a lo sumo de hiperglucemia provocada; la glucosuria permanente y acompañada de síntomas clínicos diabéticos indica una colaboración del páncreas, una insuficiencia genuina. A su vez, podemos admitir que en otros casos existe una insuficiencia insulínica que tal vez habría quedado latente de no concurrir el estímulo hipertiroideo.»

Vemos, pues, como dice también Marañón en dicha obra, pág. 24, la correlación que existe entre el funcionamiento de las glándulas pancreáticas y tiroideas.

En la presentación de las diarreas del lactante todos sabemos, como queda dicho más arriba, la enorme influencia etiológica de los calores de los meses de verano; los cuales rebajando la tolerancia alimenticia del lactante dan por resultado, como hacen notar Suñer y Vidal Jordana (3), la alteración de la nutrición del niño con sus manifestaciones dispépticas, traducidas por diarreas. El calor, pues, es un hecho demostrado, que rebajando la tolerancia alimenticia del lactante y contribuyendo al desarrollo de las infecciones intestinales, hace que todos los años se presente en verano el pavoroso problema de las dispepsias infantiles que, manifestándose por sus síntomas más salientes, trastornos digestivos y especialmente diarrea, dan lugar a la negra estadística de defunciones por otra causa.

No obstante la profilaxis que hoy en día se puede hacer para prevenir las diarreas infantiles y la moderna orientación terapéutica con los excelentes preparados de leches albuminosas, harinas malteadas, etc., que nos brinda la industria seria y honrada, es el caso que, sobre todo en el medio rural y en las clases medias, bien por incultura y mucho por carestía de los citados preparados dietéticos, siguen todavía presentándose estadísticas de morbilidad y mortalidad por causa de dichas diarreas.

En la patogenia de estos trastornos nutritivos de la infancia que estamos mencionando, especialmente en los casos agudos, vemos verdaderos estados de intoxicación infantil: intoxicación que es especialmente producida por no digerirse los hidratos de carbono, dando con ello lugar a fermentaciones intestinales anormales.

Que estas fermentaciones son debidas a los hidratos de carbono principalmente, aunque después de iniciadas las primeras fermentaciones contribuyan a ellas las grasas, lo prueba el hecho de que se mejoran y curan muchos casos de estos estados dispépticos con la supresión o disminución, con la alimentación del lactante del grupo de alimentos a que nos referimos; de aquí el éxito de la administración de fermentos como la pancreatina y sobre todo las leches albuminosas.

No ignoramos, como hace constar Vidal Jordana en su obra citada, pág. 246, que muchas veces es más la intolerancia para la cantidad que para la calidad de alimentos; pero ni a estos casos ni a los de intolerancia para los alimentos nitrogenados (albúminas) nos queremos nosotros referir en este trabajo por no presentar con la diabetes las analogías que a continuación vamos a exponer:

Leyendo a Vidal Jordana en su obra citada y en la parte que trata de los trastornos nutritivos agudos, vemos cómo en los estados de dispepsia a que nos venimos refiriendo, esto es, a la intolerancia que el calor produce especialmente para los hidrocarbonados, se encuentra en los casos graves hiperglucemia y su consiguiente glucosuria, y además, es tal la intolerancia para dichos grupos de alimentos, que muchas veces los mismos azúcares empleados en la alimentación del niño, sacarosa, lactosa, glucosa, no son transformados por la digestión y pasan a la orina (melituria) en la misma forma que empezaron en el organismo.

Por otra parte, en la sangre se encuentra en estos casos verdadera acidosis y en la orina se comprueba la presencia de ácidos oxihítrico y acético.

Copiamos ahora de Vidal Jordana, obra citada, página 265, refiriéndose a la patogenia de los trastornos dispépticos del niño por nosotros citados. «Esto da lugar a combustiones incompletas que producen cuerpos cetánicos, de modo que la intoxicación es en todo semejante a la acidosis diabética.»

Estas analogías citadas de peor tolerancia alimenticia por los niños en el verano para los alimentos y sentirse mejor en invierno que en verano un buen número de hipertiroideos; la correlación funcional del tiroides con el páncreas, y sobre todo la gran analogía patogénica entre el coma diabético y la intoxicación que presentan los niños lactantes afectos de dispepsia en las formas agudas de verano, nos ha sugerido la idea de que podrían beneficiarse dichos trastornos nutritivos del lactante con la insulina, y creemos que con el empleo de este agente terapéutico, al igual que en la diabetes, se podrían salvar muchas vidas.

Pero esta convicción nuestra no nos atrevemos a llevarla a la práctica, porque siendo nuestra, y como tal modesta, pudiera ser arriesgada por poco documentada; y siendo fieles al *primum non nocere*, brindamos a todo aquel que nos haga el honor de leernos, y especialmente a los eminentes Sres. Suñer, Marañón y Vidal Jordana, por ser sus artículos o sus obras las fuentes de nuestro estudio, nos resuelvan las siguientes cuestiones, si es que creen dignas de consideración nuestras ideas.

¿Sería lógico, como nosotros creemos, el empleo de la insulina en las formas graves de la dispepsia infantil dadas las analogías citadas?

En caso afirmativo a la anterior pregunta, y no ocultándonos que no debemos dejar, además de combatir, los trastornos de origen infeccioso que pudieran coincidir en el niño, y teniendo muy en cuenta lo que dice Marañón en su notable y didáctico artículo «Notas prácticas

(1) Marañón: «Manual de enfermedades del tiroides», pág. 55.

(2) Págs. 36 y 37.

(3) Suñer: «Enfermedades de la Infancia» (2.ª edición, 1921), y Vidal Jordana: «Trastornos nutritivos del lactante», tomo 7.º de la colección Marañón.

sobre el empleo de la insulina» (1), refiriéndose al empleo de esta medicación en los niños afectos de diabetes, ¿qué dosis sería prudente para emplear por vez primera como tanteo para ver cómo reacciona a este agente el enfermo infantil?

Como desde luego suponemos que el número de unidades a inyectar tendría que ser pequeño, y en tanto que los Institutos preparadores no pusieran a la venta insulina con mayor dilución para este uso, ¿se podría, sin restar actividad al medicamento y para mejor manejo y práctica de la inyección, a más del empleo de jeringuillas de pequeño calibre, diluir la solución de insulina en alguna cantidad de suero isotónico?

Creemos que, al igual que en los diabéticos y en los estados de delgadez que se emplea la insulina, sería no sólo conveniente, sino necesario administrar hidratos de carbono, con lo cual se haría a la vez más económico el tratamiento, toda vez que los productos dietéticos hoy empleados en la terapéutica infantil de los trastornos que nos ocupan resultan caros, aunque no dudamos, desde luego, de su eficacia ni les queremos excluir de dicha dietética en tanto sean suficientes a evitar una grave intoxicación por intolerancia alimenticia, especialmente de hidrocarbonados.

Creemos también que, dada la gravedad del estado general que suele haber en los casos a que nos venimos refiriendo, no sólo no sería inconveniente para la aplicación de la insulina el empleo de tónicos del aparato circulatorio, sino que algunos, y especialmente la adrenalina, podrían ser de utilidad preciosa, tanto más cuanto que, a más de sus propiedades vasoconstrictoras que elevan la presión arterial, nos podrían permitir a la vez mayor amplitud en la dosis de insulina a emplear, como agente capaz que es la adrenalina por excelencia de combatir los trastornos hipoglucémicos que pudieran provocarse.

Terminamos estas líneas advirtiendo honradamente que por nuestras lecturas conocemos que la insulina se ha aplicado a la terapéutica de los estados hipotroóficos de la infancia, y especialmente hemos leído el artículo de nuestro amigo y compañero el Sr. González Calvo sobre «Terapéutica insulínica de la delgadez» (2), en el cual cita el empleo de la insulina llevado a cabo por pediatras americanos y franceses en el tratamiento de hipotrofias infantiles y trastornos atrópicos, *no digestivos*; todo lo cual ha influido más en creer dignas de tener en cuenta nuestras consideraciones anteriores, con las cuales *no pretendemos ser originales*; pues tal vez ya se les habrán ocurrido a otros, y por nuestros modestos medios de información no nos hayamos enterado. Y si sólo deseamos llamar la atención de los grandes maestros, y con ello quedaríamos muy honrados y satisfechos si lo hubiéramos conseguido, para decirles que muchos médicos prácticos, y entre ellos nosotros, leemos con interés sus enseñanzas y les agradecemos descendan de su elevada jerarquía intelectual a escribir obras y artículos que prácticamente nos orientan y llevan de la mano, poniéndonos en condiciones de llevar a la cabecera del enfermo los últimos adelantos de la difícil ciencia del curar.

Torquemada (Palencia), Diciembre 1930.

(1) EL SIGLO MEDICO, núm. 3.854.

(2) Revista Española de Medicina y Cirugía, Mayo 1930.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL DE LA PRINCESA

SESIÓN CLÍNICA DE 22 DE NOVIEMBRE DE 1930.

Resumen clínico.

Dr. Blanc Fortacin.—La pieza patológica que presento es un segmento de estómago en cuya corvadura menor se ve una úlcera terebrante. Es redonda, dura y fibrosa, en sus bordes delgada y fungosa en el fondo. Poco falta para que ese fondo se perfora.

Si buscan analogía con otras lesiones, la encontrarán seguramente con el mal perforante plantar.

No entremos en su patogenia; la comparación anterior nos da un concepto sintético de lo que es la úlcera del estómago. Lo que sí dice el examen de esta pieza es que esa úlcera no se cura con tratamiento médico. Aunque ese fondo granulara, aunque rellenara esa oquedad que parece un dedal, donde cabe holgadamente la yema del dedo meñique, los bordes, esos bordes que el bisturí halla resistencia para cortar, constituidos en anillo rígido impedirían la cutificación de la cicatriz; y si al fin daban en proliferar, probablemente no sería una proliferación atípica la que engendraran: esa úlcera llegaría a cancerizarse.

No hay, pues, duda en proponer, como hemos propuesto, una exéresis, una extirpación. Lo difícil en úlceras de corvadura menor es elegir la intervención adecuada.

Hemos practicado la resección de la mitad derecha del estómago restableciendo la continuidad gastrointestinal por una anastomosis gastroyeyunal según el método de Polya. Intervención radicalísima que suprime casi las dos terceras partes del estómago y que, aun siendo reglada, lleva anejas dificultades técnicas que sólo el hábito logra superar.

Pero aparte esto, ¿cabe admitir en buena lógica que sea esta intervención la preferible? En una úlcera grande con perigastritis extensa nos parece lógica; tan lógica como si esa úlcera fuera una neoplasia, porque si no lo es próxima está a serlo. Pero en úlceras del tamaño de la que en esta pieza aparece, con zona periulcerosa bien circunscrita, sin infiltración extensa inflamatoria parietal, sin perigastritis de vasta difusión, la resección de la zona ulcerosa simplifica la intervención, haciéndola menos grave.

De los modos de realizarla prefiero la escisión en cuña, más o menos modificada en su forma. Me parece una mala intervención en la mayoría de los casos la cauterización de la úlcera como la hace Balfour, aplicable si acaso a procesos muy limitados.

II. Observados algunos enfermos febriles después de intervenciones diversas, hemos desechado en principio aquel rutinario concepto etiológico de fiebre aséptica o de responsabilidad intestinal. Cuando un individuo tiene fiebre después de su operación, a la zona operada hay que dirigirse; y aunque por el pronto no se aprecien señales evidentes de infección, no tardarán seguramente en aparecer, bien en forma de flemón parietal, bien en forma de accidentes más serios. Pero a la vez, y sea cualquiera la modalidad que la región operada ofrezca, la auscultación de pulmones, sobre todo en las bases, debe ser tan de ritual como la observación del pulso y de la temperatura.

En los diez enfermos operados esta semana, cuatro han tenido fiebre el mismo día de la intervención; al siguiente la temperatura ha sido mayor. Ninguno de ellos ha ofre-

UN TRATAMIENTO EFICAZ E INOCUO

Ninguna otra especialidad oftálmica habrá obtenido una mas rapida y favorable acogida que la alcanzada por la **ANTIBLEFARINA KIRCHNER**, y prueba de ello, como acontece en semejantes casos, es la aparición de otros preparados similares como consecuencia de la gran aceptacion dispensada a la expresada especialidad.

La **ANTIBLEFARINA KIRCHNER**, como es sabido, fué la primera pomada oftálmica al **Loretinato de Bismuto**, que se divulgó a los señores Oftalmiatras de España y América Latina, según formula del profesor D. Tomás Blanco, de Valencia, quien por su dilatada experiencia clínica del mencionado **Loretinato de Bismuto**, nos pudo precisar sus varias y eficaces indicaciones en terapeutica oculística, tales como **Blefaritis, Conjuntivitis, Queratitis (especialmente las herpéticas), Orzuelo, Ulceras y heridas infecciosas de la córnea, Ulceraciones y quemaduras palpebrales, Afecciones de la región ocular de aspecto eczematoso, etc.**

ANTIBLEFARINA KIRCHNER

Literatura y muestras:

VICTOR KIRCHNER, Sardañola (Barcelona)

Ayuntamiento de Madrid

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE).

CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

Adultos: de 6 à 10 grageas
ò 3 à 5 cucharadas de las de café
de granulados

Niños: Mitad de estas dosis
(entre tres veces en las comidas)

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA, DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

Laboratorios de los "Produits Scientia" D^r E. Perraudin *F^o del 1^o Clase, 21, rue Chaptal . Paris . 9^e

cido signos de infección local operatoria; todos ellos, en cambio, han presentado signos de auscultación. Su percusión ha denunciado matidez en uno o ambos lados; la auscultación ha descubierto disminución del murmullo vesicular, unas veces, voces ásperas y estertores otras; soplo en otras. A los dos o tres días todo ha desaparecido.

No puede achacarse el fenómeno a los vapores anestésicos, porque fueron intervenidos con raquinovocainización; tampoco fueron embólicos los accidentes, porque fueron muy precoces; y no pueden considerarse como neumonías aquellos procesos que duran dos a cuatro días.

Estos casos son de atelectasia pulmonar postoperatoria, mecanismo muy poco conocido hasta estos últimos años. Antes se les incluía entre las llamadas hipertosis pulmonares; éstas existen en realidad en los operados, pero son otros procesos completamente diferentes. Son tardíos; son propios de sujetos deprimidos por procesos infecciosos o traumáticos intensos; tienen una patología vascular o cardíaca; van acompañados de signos de ésta en otras regiones.

Las atelectasias tienen en principio un origen de disfunción respiratoria; son vaciamientos de la vesícula pulmonar por desproporción entre la inspiración y la espiración. El sujeto operado en su abdomen, en su tórax o en su región renal, en todos aquellos sectores que intervienen más o menos activamente en la función respiratoria, disminuye instintivamente la amplitud de los movimientos inspiratorios para evitar los dolores producidos por ellos en las zonas suturadas, o tratando de evitar la tensión de las mismas suprime o contiene los esfuerzos de tos y de expectoración supliéndolos con prolongadas acciones espiratorias; sale, pues, de su pulmón más aire que entra, y al fin las vesículas de regiones más o menos extensas quedan vacías de aire, en estado llamado atelectásico. Ese es uno de los mecanismos del mismo.

Otro es la oclusión de un grueso bronquio por exudados espesos. En este caso el aire no llega al pulmón y la atelectasia es masiva en una zona variable, según la categoría del bronquio afecto. Si es el principal todo el pulmón podrá quedar sin función.

En nuestros casos, el primer mecanismo es el más probable. La gimnasia respiratoria que hemos impuesto a los enfermos ha bastado; en otros casos se usa la hiperventilación con ácido carbónico que, a nuestro juicio, tiene su eficacia como preventiva en las primeras horas postoperatorias de un enfermo a quien se ha operado con sueño anestésico.

La oclusión bronquial requerirá maniobras broncoscópicas.

PSEUDOPERITONITIS POSTOPERATORIA

Sr. Landin Garamendi.—Enferma joven con historia apendicular de retención. Se opera y resecado su apéndice se completa la intervención, liberando al ciego de bridas y adherencias ilíacas. A las pocas horas es acometida la enferma por vómitos, depresión circulatoria, algún timpanismo, somnolencia y algunas convulsiones. La fiebre es escasa y el pulso lento.

A pesar de los síntomas abdominales desechamos la idea de peritonitis; y pensamos que el cuadro obedece, o a trastornos secretorios de riñón, o a acidosis postoperatoria.

La orina no acusa elementos anormales. La cifra de urea es de 12. En cambio, la reserva alcalina es de 29, cifra baja en extremo, pues las inferiores a 35, como es sabido, indican acidez grave.

La reacción de Tarheus es intensa (0,15 a la hora).

Se trata la enferma con cardiazol y suero glucosado. Curación a los quince días.

La explicación del caso es, a nuestro juicio, la siguiente: Esta enferma, cuya reserva alcalina había sido considerablemente rebajada ya por un ayuno preoperatorio de más de dieciséis horas, sufrió un trauma peritoneal (despegamiento de adherencias que originó derrame de sangre en peritoneo y muerte celular en una zona algo extensa). Ello originó desintegración albuminoidea y reabsorción por el peritoneo de peptonas, polipéptidos y aminoácidos. Todo ello explica: 1.º, la acentuación de la acidez sanguínea; 2.º, la variación del coeficiente coloideo expresado por la aceleración de sedimentación globular, y 3.º, el síndrome de somnolencia y el estado eclámptico producido en la enferma y que recuerda al observado en la inyección experimental de albúmina degradada. A la vez pudiera atribuirse alguna influencia a la acción anestésica etérea sobre el hígado; de haber sido el cloroformo el empleado, es muy probable que, dada su mayor acción perturbadora sobre aquella úlcera, las consecuencias hubieran sido peores.

INSTITUTO DE MEDICINA PRACTICA

BARCELONA

Resumen de la conferencia del día 20 de Noviembre, «Constituciones psicopáticas. Síndrome neurasténico. Tratamiento».

POR

F. XERCAVINS ROMEU

Definió el concepto de las mismas, diciendo que son las alteraciones o reacciones psíquicas que tienen por base una predisposición constitucional patológica nerviosa, pero que carecen hasta hoy de substracto anatómico conocido, y que la constituyen el grupo conocido con el nombre de psiconeurosis, en especial, la neurastenia e histeria, y de que son sólo síndromes que tienen de característico de diferir de las reacciones psíquicas normales, no cualitativa, sino sólo cuantitativamente, por lo cual entre las reacciones normales y las psicopáticas existen grados de transición.

Señaló la importancia práctica de estos síndromes por la mucha influencia con que se encuentran hoy día, y por los rasgos comunes con enfermedades orgánicas que por el polimorfismo del cuadro clínico pueden confundirse con las mismas.

Definió el síndrome neurasténico diciendo que es un estado de alteración de la excitabilidad, como una gran depresión y sensación de fatiga. Que la influencia del psiquismo hizo que Vierre Janet le denominara con el nombre de psicastenia. En el cuadro morboso de la neurastenia pueden dividirse los síntomas en subjetivos y objetivos, llamando la atención de los primeros por lo mucho que se gravan en la mente del enfermo.

De lo que más se queja el neurasténico es de sensación de fatiga y de incapacidad para el trabajo, falta de memoria y de poder de concentración, lo que es causa de que a veces se obsesione con la idea de que perderá el juicio, cosa que no acostumbra a pasar en estos enfermos. Citó luego el modo de reaccionar el ánimo de los mismos a todos los acontecimientos de la vida y a las representaciones mentales debidas a las sensaciones desagradables

de dicho síndrome. De los trastornos del sueño, de las cavilaciones debido al mismo y sensación de la propia deficiencia.

En líneas generales se ocupó de las llamadas neurosis orgánicas, cardíacas, digestivas y sexuales; todo debido a trastornos funcionales subjetivos que mantienen el estado angustioso del enfermo.

Describió las llamadas «neurosis de expectación», ideas fijas y fobias, la garofobia, claustrofobia, autofobia y carrilofobia, angustia de la velocidad, etc., y las obsesiones de estos enfermos y diferencia de las de los psicópatas.

Mencionó lo que revela el examen objetivo, hábito, reflejos, estabilidad, temblores, dermatografismo, etc., etc., y lo relacionado con el diagnóstico; diciendo se debe hacer por exclusión de las enfermedades orgánicas que presentan síntomas parecidos.

Los neurasténicos constitucionales con disposición neuropática y tara hereditaria, o de forma endógena, la mayoría incurables del todo, pero que pueden mejorar, y los del otro grupo de neurastenia, por agotamiento accidental, o exógenas a causa de fatiga psíquica, enfermedades infecciosas, intoxicaciones crónicas, que con un tratamiento adecuado curan y vuelven al estado normal. El tratamiento de estos enfermos exige más arte que ciencia—afirma—, pues tiene mucha más importancia la confianza que inspira el médico y la influencia de éste sobre el enfermo que las medicaciones en sí mismas; ensalzó los efectos obtenidos en estos enfermos usando la sugestión y persuasión para combatir las ideas morbosas, pero no esforzando la voluntad, al contrario, evitando esfuerzos y obrando sobre el subconsciente, y por último, ocupóse del tratamiento médico, citando los sedantes, tónicos, etc., la hidroterapia y electroterapia en sus diversas formas.

Información científica extranjera

Maniqués para practicar las técnicas de Inyección Intravenosa e Intramuscular.

Adaptación de F. Javier Cortezo.

Los Dres. John H. Stokes y Herman Beerman, de Filadelfia, publican en el *Journal A. M. A.* un trabajo que tiene gran interés práctico para estudiantes y médicos a quienes esté limitada por diversas razones, muy frecuentes en España, la práctica de técnicas que, bien conocidas por los libros y revistas, requieren para su perfecta ejecución la soltura del hábito constante y tranquilo en realizarlas.

Es principio fundamental para perfeccionar un procedimiento técnico o un método experimental facilitar algún cuerpo, que no sea el humano, en el cual el novicio pueda adquirir soltura de ejecución. A primera vista, la técnica de las inyecciones intramusculares e intravenosas apenas si la considera nadie merecedora de un grado de consideración que la coloque dentro del campo de esta máxima. Sin embargo, algunas experiencias convencen de lo contrario. Los accidentes locales, incluyendo las grandes escaras producidas por la inyección subcutánea de soluciones alcalinas que dejan de entrar en la vena, son lo suficiente comunes, incluso en los hospitales bien organizados. La transfusión de la sangre es, con frecuencia, una cuestión *innecesariamente brutal*. De las inyecciones de arsénamina, mal colocadas, pueden derivarse daños serios y duraderos; de la inyección incorrecta de irritantes intramusculares pueden resultar

igualmente complicaciones, como las neuritis; las embolias que a menudo se hubieran podido evitar con un poco de atención a los sencillos detalles de técnica, amenazan producirse por este defecto. Además, en un estudio del problema de realizar prácticamente un tratamiento continuo y adecuado para la sífilis, bien en manos de un solo facultativo o de una serie de ellos, impresiona con frecuencia el completo abandono de los avisos de un experto sobre las manipulaciones de un médico falto de técnica. Incluso en una clínica organizada para este fin, la técnica poco satisfactoria intravenosa, contribuye al fracaso de la realización del tratamiento del enfermo dentro de los límites estrictos del plan. En un examen de investigación acerca de esto, Pugh ha encontrado que la repulsa al tratamiento y a las molestias con él asociadas, con la mayor frecuencia por inyecciones intramusculares, ocupaban el segundo lugar entre las razones aducidas por un grupo representativo de enfermos, para no prestarse a completar el tratamiento. De un cuarto a tres cuartos de los pacientes de las clínicas en América del Norte, abandonan el tratamiento de la sífilis antes de dárseles de alta mejorados o curados. A las dificultades del éxito técnico inadecuado debe añadirse la dificultad de enseñar nada mejor. Admitido que cualquier estudiante practique en el cuerpo humano en la clínica sifiliográfica, disminuye el número de pacientes que deberían continuar el tratamiento, a causa de las dolorosas equivocaciones inevitables en su aprendizaje. Viendo al paciente una vez sólo, el estudiante no tiene oportunidad de darse cuenta de sus errores y de corregirse de ellos. La entrada de estudiantes en grupo en las salas de tratamiento, bien como practicantes o bien como observadores, impide el ejercicio repetido, tan esencial, para llevar con éxito el tratamiento en las enfermedades venéreas. Todas estas consideraciones invitan a hacer un serio esfuerzo para enseñar de un modo formal las técnicas intramuscular e intravenosa a los estudiantes de Medicina y a los médicos insuficientemente adiestrados, trasladando estas enseñanzas desde el cuerpo humano al maniquí.

Como fué indicado hace ya casi una década por Stokes, la técnica afortunada intravenosa e intramuscular es producto de movimientos exactos que, realizados repetida e idénticamente con instrumentos adecuados, producen casi invariablemente un resultado satisfactorio. Un maniquí debe estar ideado de modo tal que sea posible realizar con él estos movimientos con una «ilusión» y un resultado que se parezcan lo más posible al obtenido en el cuerpo humano. El realismo, que fija las inspecciones visual y de exploración en la memoria, es un dato esencial y explica el porqué del uso de un dispositivo completo, soluciones coloreadas, zapatos y accesorios análogos en los maniqués. En presencia del maniquí, el estudiante puede ser corregido repetidamente sin la turbación o efectos contraproducentes en el enfermo, que son inevitables en la sala de tratamiento. Antes de permitir al estudiante que opere sobre el cuerpo humano, pasa así por el período de temblor de manos, pinchazos en falso, sacudidas y sudores, sin tormento para él ni para su enfermo.

El maniquí intramuscular (fig. 1.a) consiste en un esqueleto de madera, con las extremidades articuladas al tronco por medio de charnelas, construido de dos tablas de 254 X 457 milímetros aproximadamente, unidas en su parte media en ángulo recto por otro tablero, a lo largo del torso, colocado en el interior de un traje relleno de algodón hasta dar el contorno deseado por medio de papel de periódicos. Las nalgas están formadas por dos almohadillas de algodón, con una hendidura en la línea media y todo ello cubierto con relleno de goma. El modelo no tiene cabeza y,

por lo demás, está vestido como un hombre, incluso con zapatos, para poder observar la posición de los pies hacia dentro. El coste del maniquí es insignificante, trabajo incluido. El relleno de goma de la piel de las nalgas se man-

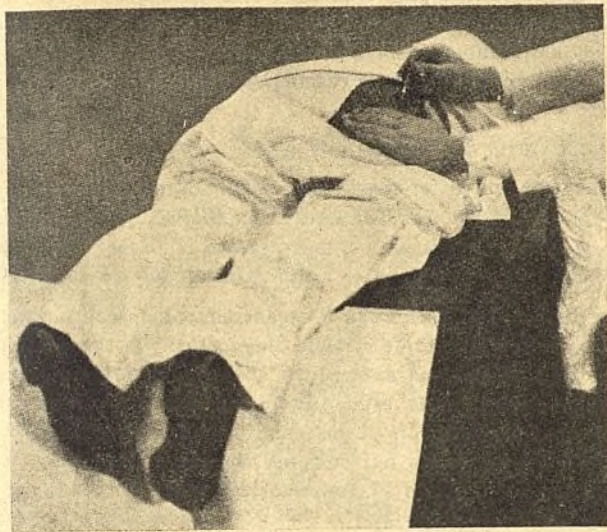


Fig. 1.ª

Maniquí de práctica de inyecciones intramusculares.

tiene en su posición por medio de tiras adhesivas y aparece a través de una abertura, dobladillada del traje, cuando se bajan los pantalones. El maniquí se expone ante los alumnos en la posición adecuada sobre la mesa de operaciones y un práctico describe todos y cada uno de los detalles de la técnica, insistiendo sobre ellos, incluyendo la elección de sitio, acción de válvula de la mano izquierda, entrada de la aguja, aspiración, inyección del líquido y extracción de la aguja.

El maniquí intravenoso (fig. 2.ª) consiste en un brazo

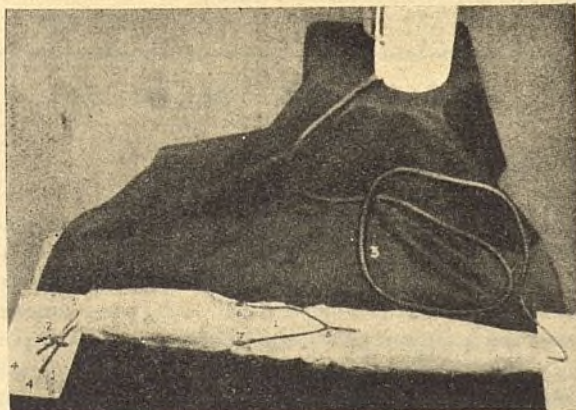


Fig. 2.ª

Maniquí de práctica de inyecciones intravenosas.
Brazo y antebrazo.

y antebrazo de yeso, con un esqueleto o armazón de madera, provisto de charnela en el codo y conteniendo un sistema de tubos de goma que representan las venas. En el espacio antecubital están representadas las venas usuales, medias basilica y cefálica (1, fig. 2.ª). La profundidad de la vena puede variarse por medio de gasa y capas de algodón encima de la venda y debajo de la piel, representada por una tela de goma de malla 30. Por medio de una cubierta elástica con abertura, dobladillada hacia el interior en el

espacio antecubital, se consigue un brazo más o menos realista.

La sangre (agua coloreada con rojo amaranto) está almacenada en un depósito (irrigador para enemas). Circula a través del sistema venoso a una velocidad determinada por la pinza de tornillo (2, fig. 2.ª) y por la altura del depósito, descargándose el fluido en un cubo de desagüe. El brazo se coloca en la posición en que estaría el brazo del paciente. Los tubos del depósito al brazo (3, fig. 2.ª) y del brazo al cubo de desagüe (4, fig. 2.ª) pueden cubrirse fácilmente con una tela sobre el armazón o soporte.

El coste total de construcción de este maniquí es de unas 25 pesetas y supone unas cuatro horas de trabajo. No obstante, hay que tener en cuenta ciertas consideraciones prácticas para conservar este modelo en condiciones de tra-



Fig. 3.ª

Maniquí para práctica de inyecciones intravenosas. Pierna.
Muy útil para adiestramiento en la técnica esclerosante de varices.

bajo. Evidentemente, el único interés verdadero es conservar intacto el espacio antecubital. Si las venas se usan de tubería de goma pura, de calibre variable (de 4 a 6 milímetros de diámetro exterior), necesitan repararse después de unas 50 punciones. Sólo después de unas cien punciones es necesario el cambio de la tubería de goma, pues puede darse media vuelta al tubo, presentando así el lado intacto para las punciones siguientes. La elasticidad del tubo de goma pura asegura contra los escapes o pérdidas serias. Por medio de empalmes de tubo de vidrio (5, 6 y 7, fig. 3.ª) sólo hace falta cambiar las partes del espacio antecubital. La tela de goma puede también cambiarse fácilmente.

El empleo continuo de este maniquí demuestra que pueden imitarse fácilmente varios tipos de brazos y de posiciones. Usando tuberías de goma de diferentes calibres en el mismo brazo, puede tenerse una vena media basilica grande (6 milímetros) y una vena media cefálica pequeña (4 milímetros). La movilidad de la unión del codo permite enseñar gráficamente la mejor posición práctica al intentar inyectar en una vena de un brazo defectuosamente extendido,

La obesidad y la delgadez pueden simularse fácilmente aumentando o disminuyendo la distancia de la vena a la piel, variando la cantidad de gasa y de algodón de los tejidos subcutáneos.

Con el empleo de este maniquí pueden seguirse detalladamente los pasos de la técnica de la jeringa o de la aguja de Schreiber para penetrar en una vena.

El empleo efectivo de estos maniqués asociados al curso práctico de diagnóstico y tratamiento de la sífilis en el departamento de Dermatología y Sifiliografía de la Universidad de Pensilvania, ha demostrado ampliamente su utilidad. Este hecho se patentiza claramente por el mayor interés de los estudiantes en acercarse al enfermo, simulando por medio del maniquí y por los muchos errores de técnica cometidos por los estudiantes. Por ejemplo, a pesar de los repetidos avisos, muchos estudiantes cometieron los errores siguientes: en la técnica intramuscular no se tomó en cuenta la posición del paciente; las inyecciones se dieron demasiado próximas a la línea media del cuerpo o con punción demasiado lenta de la piel.

En la técnica intravenosa, la tendencia, por parte de los estudiantes, fué penetrar en la vena sin fijar los tejidos con la mano izquierda, y sin golpe o empujón de la aguja, con una elevada proporción de punciones que atravesaban la vena. A menudo, aunque se hubiera penetrado en la vena de modo adecuado, la inyección se empezó sin fijar el torniquete o, si la técnica llegó correctamente al punto de inyección, la droga se administró con demasiada rapidez.

Aunque es pronto todavía para estimar el valor de estos maniqués, para ayudar a hacer universal una buena técnica en el tratamiento de la sífilis, son indudables su utilidad y sus cualidades para despertar el interés como ayudas para la enseñanza.

BIBLIOGRAFIA (1)

ELEMENTS DE SEMIOLOGIE MEDICALE, per le docteur F. Robert. Un tomo de 718 páginas, con 61 figuras en el texto y XXIV planchas en colores fuera del texto. 90 francos. Gaston et Cie, editeurs. París, 1931.

El Dr. Robert ha publicado un extenso volumen de Semiología médica que viene a enriquecer con una obra de singular interés, la bibliografía francesa.

Muchos son los libros de este género que se han publicado recientemente, y por ello mayor es el mérito de esta obra al destacarse claramente de entre la pléyade de similares discretos y aun francamente buenos.

Merece esta obra, a nuestro juicio, singulares elogios, por el criterio marcadamente original que la inspira. Libro dedicado especialmente a los principiantes, estudiantes y médicos jóvenes que se adiestran en la complicada clínica humana, va deduciendo y valorando los datos de exploración con fundamentos fisiológicos que expone sin soslayar los por banales o demasiado conocidos.

Obra elemental, pero completísima, es auxiliar útil para todos. La lectura de sus apartados proporciona enseñanzas útiles y en extremo prácticas, tanto al estudiante bisoño como al clínico avezado. Desmenuza la exploración clínica hasta el detalle más insignificante, mostrando de modo insistente la utilidad práctica de los datos de ella deducidos.

La propia cualidad de obra básica, de fundamentos clínicos, hace imposible un examen crítico de ella. No se pres-

ta en manera alguna al enjuiciamiento doctrinal. Los hechos en ella expuestos pertenecen al curso de lo clásico, de lo indiscutible. Nuestra tarea se reducía, y nos pesa haberla llenado ya, a exponer nuestra conformidad y nuestro elogio entusiasta para el plan de la obra del Dr. Robert y el modo como está realizado.

La presentación en editorial hace gala de la limpia tradición bibliográfica de la casa J. Doin de París.

DR. J. M. T. B.

LES GRANDS SYNDROMES EN PATHOLOGIE EXOTIQUE, por M. Blanchard y F. Toullec. (De la *Bibliothèque des grands syndromes*, dirigida por el profesor H. Roger). Prefacio del profesor Calmette. Editor, Gaston Doin. París, 1931.

Es un libro hecho con fin esencialmente práctico. Práctico desde el punto de vista de diagnóstico y de terapéutica. A este respecto sus autores ya advierten al principio que en la confección de esta obra no han tenido otra mira que hacer una exposición de los cuadros clínicos que se observan a diario en los enfermos de los países tropicales, elementos precisos de diagnóstico del mal y remedios para combatirla.

He aquí el esquema de cómo está hecho: exposición de uno de los elementos sintomáticos del cuadro clínico, con sus caracteres y patogenia; enfermedades en que se presenta y particularidades que toma en cada una, junto con el tratamiento sintomático y causal que la determina.

En sucesivos capítulos se ocupa de los síndromes febriles, disintéricos, diarreicos, hepáticos, esplenomegálicos, anémicos, ganglionales, cutáneos, respiratorios, hematótricos y hemoglobínúricos, polineuríticos y mentales.

Todo expuesto con gran sencillez y claridad. En suma, creemos que los autores han conseguido su objeto de hacer un libro eminentemente práctico.

No queremos terminar sin hacer notar también un gran defecto, aplicable a la mayoría de los libros franceses: su casi exclusivismo documental francés,

MORANA

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Priv.-Doz. Dr. E. Urbach. IMPORTANCIA DEL ANÁLISIS QUÍMICO DE LOS TEJIDOS PARA EL ESTUDIO DE LA FISIOLÓGIA Y PATOLOGÍA DE LA PIEL.—Comparando la composición química de la piel del vivo con la del suero sanguíneo, se encuentran diferencias considerables que se reflejan en un contenido mucho mayor de la piel en nitrógeno residual, ácidos aminados y polipépticos y mayor pobreza en agua, cloruro sódico y azúcar.

Algunos de estos componentes, sobre todo el agua, varían notablemente con la edad, siendo el tanto por ciento de 81 a 82 en los niños de pecho, de 62 a 67 en el adulto y de 72 a 74 en el anciano. Este último hecho es poco conocido, pues la sequedad y aspecto de la piel de los viejos parecía suponer una menor cantidad de agua. No se trata de una retención por edema, sino de un trastorno coloidoquímico en el poder de combinación del agua, trastorno que quizá diera por resultado, en ocasiones, la aparición de pruritos seniles que ceden bastante bien a la diatermia, a los baños, a las radiaciones generales y a todo lo que mejora el riego sanguíneo de la piel.

También se encuentra aumentada el agua en la piel de

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



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

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DREVILL

los enfermos
de ictiosis
tención pa

Otro ha
que en la p
existen ya
plica sus r
alejados de
casos por f
piel en gen

En el p
se deposita
grasa subc

En el p
aumenta en
mientras q
— eritema
cloro no p
puede inter
la intensa c
interpretar
su aumento

Hay ecz
encuentra u
de ésta par
glucemia en
exceso de a
cambio, son
queza de az
tampoco va
la del conte
insulina, y
por los teji
ulina.

Si, despr
tiene más c
gran depós
duales. En l
sidual de la
substancias
vez ocurra c
entre las su
los viejos no
cambio, aun
de pruritos p
urticaria y p
que en una
aumenta el á
células del o
nas de la a
dietas con r
a excepción
(Münch. med

A. Jentz
QUIÓGENOS
SERVADOR.—
branquiales
meras edades
llarse sin raz
mento de la
los cincuenta
gión retrosu
ordinariamen
desbordan en
neurosis meo

los enfermos de atrofia cutis idiopática, de esclerodermia y de ictiosis. Probablemente se tratará de un trastorno de retención parecido, aunque más intenso, al de los ancianos.

Otro hecho digno de mención es el descubrimiento de que en la piel aparentemente sana de enfermos de eczema existen ya trastornos en el metabolismo del agua, lo que explica sus rápidos progresos y la aparición de brotes en sitios alejados del foco primitivo. La dieta láctea sería útil en estos casos por favorecer la deshidratación y descloruración de la piel en general.

En el preedema de los obesos, el agua y el cloruro sódico se depositan en todo el espesor del cutis, mientras que la grasa subcutánea es pobre en ambas cosas.

En el pénfigo y en la dermatitis herpetiforme de Duhring aumenta en un 100 por 100 la cantidad de cloro de la piel, mientras que en otras dermatopatías clínicamente análogas —eritema multiforme, dermatitis ampollosa— el aumento de cloro no pasa de un 15 por 100. Esta retención clorurada puede interpretarse como una defensa del organismo contra la intensa destrucción de las albúminas y lo mismo debemos interpretar la disminución de cloruros en la orina y suero, y su aumento en la piel en los casos de quemaduras graves.

Hay eczematosos y enfermos de urticaria en los que se encuentra un exceso de azúcar en la piel y una intolerancia de ésta para los hidrocarbonados. Las diferencias entre la glucemia en ayunas de un animal sano alimentado con un exceso de azúcares y otro con defecto, son escasas; pero, en cambio, son muy considerables las que existen entre la riqueza de azúcar en la piel en uno y otro animal. Asimismo, tampoco van siempre de acuerdo la curva de la glucemia y la del contenido de la piel en azúcar después de las curas de insulina, y tal vez esta diferencia en la retención de azúcar por los tejidos explique algunos aparentes fracasos de la insulina.

Si, después de los músculos, la piel es el órgano que retiene más cantidad de azúcar, también se ha visto que es un gran depósito de las llamadas sustancias nitrogenadas residuales. En las nefritis crónicas con intenso prurito, el N. residual de la piel está aumentado de 65-85 a 250-400. Estas sustancias retenidas serían la causa de los pruritos y tal vez ocurra cosa análoga en los viejos. Hay que advertir que entre las sustancias nitrogenadas retenidas en exceso por los viejos no figuran ni el ácido úrico ni la creatinina. En cambio, aumenta el ácido úrico retenido en la piel en casos de pruritos por linfogranulomatosis, eczemas, neurodermitis, urticaria y psoriasis. Por último, el autor señala el hecho de que en una dieta prolongada muy pobre en albúminas aumenta el ácido úrico de la piel, efecto de la destrucción de células del organismo para compensar la pobreza de albúminas de la alimentación. Por ello, no es partidario de las dietas con mínimo forzado de albúminas en las dermatosis, a excepción de las que tienen un origen proteínicoalérgico. (*Munch. med. Woch.*, núm. 3, 1931).—F. G. D.

A. Jentzer. SOBRE LA CURACIÓN DE LOS QUISTES BRANQUIÓGENOS AMIGDALOIDES POR UN TRATAMIENTO CONSERVADOR.—Aun cuando de origen congénito, los quistes branquiales no aparecen sino excepcionalmente en las primeras edades de la vida o al nacimiento. Se les ve desarrollarse sin razón aparente durante la adolescencia, en el momento de la pubertad o en la edad adulta entre los treinta y los cincuenta años. Asientan con igual frecuencia en la región retromaxilar y en la región carotidiana superior; ordinariamente debajo del esternocleidomastoideo, al que desbordan en general por adelante. Subyacentes a la aponeurosis media del cuello, estos quistes contraen adheren-

cias más o menos extensas con el paquete vasculonervioso (sobre todo con la yugular), con el hueso hioides y con la pared lateral de la faringe. Estos hechos son interesantes para el cirujano, porque si tales adherencias son flojas, la enucleación será fácil, pero si son densas, la operación puede ser laboriosa y obligar en algunos casos a reseca la yugular. El quiste es en general unilocular, de forma ovoidea o esférica y del tamaño de una mandarina.

Hasta ahora el único tratamiento recomendado contra los quistes branquiógenos ha sido el tratamiento quirúrgico, es decir, la extirpación total facilitada con frecuencia por una inyección previa en el quiste de una sustancia coloreada. Cuando las relaciones de estas bolsas quísticas con los grandes vasos del cuello y especialmente con la yugular son íntimas, su extirpación exige cierto hábito de la cirugía del cuello y la elección de una buena técnica ayudada por una radiografía previa al lipiodol. A pesar de todo, la parte más mínima de bolsa olvidada por inadvertencia o por imposibilidad de extirpación durante la disección (la membrana del quiste apenas tiene a veces un milímetro de espesor) puede ser y es de hecho con frecuencia el punto de partida de una recidiva. Claro es que llegado este caso se puede volver a operar; pero, por una parte, muchos enfermos rehúsan una nueva operación y, por otra, las dificultades de la extirpación total son mayores ahora que antes por la formación del tejido cicatrizal resultante de la primera operación. Será, pues, preferible recurrir a otro método, que puede ser, por ejemplo, las inyecciones de un líquido modificador.

Estudiando el autor separadamente la acción del alcohol del formol y de la glicerina sobre el epitelio de la pleura del conejo, observó que estos líquidos aniquilaban el epitelio y eran capaces de provocar sínfisis pleurales. De aquí nació la idea de utilizar el mismo principio para los quistes y servirse de la mezcla de los tres líquidos precitados en las proporciones siguientes:

Formol.....	} aa. 10 gramos.
Alcohol.....	
Glicerina ..	

Después de un éxito experimental completo sobre los animales, ha sido aplicado el método al hombre, sin temor ni peligro, contra los quistes branquiógenos.

La inyección en el tumor de 2 a 4 centímetros cúbicos de esta mezcla, previa punción evacuadora, suele provocar reacciones a veces aparatosas con dificultad para tragar y para respirar al cabo de unas horas debido a la compresión por crecimiento del tumor que puede hacer precisa una punción evacuadora inmediata y otra u otras en los días sucesivos. Repitiendo la inyección modificadora, disminuyendo las dosis, cada veinte días o más con sus consiguientes evacuaciones asépticas, se consigue al cabo de tres o cuatro la atrofia progresiva del quiste y la curación total del mismo.

El tratamiento no debe ser aplicado ciegamente a todos los quistes branquiógenos, pues si se nota por la palpación una cubierta fibrosa será preferible la extirpación.

En los casos en que las paredes del quiste sean muy delgadas o en los casos de recidivas, se recurrirá de preferencia a las inyecciones modificadoras, no pasando de 4 centímetros cúbicos a causa de las reacciones.

El tratamiento no está expuesto a fracasos si se opera en condiciones perfectas de asepsia y si se ejerce una vigilancia rigurosa sobre el enfermo después de la inyección. Serán necesarias algunas punciones evacuadoras más o menos repetidas para descongestionar el quiste e impedir toda compresión sobre los vasos, los nervios, el esófago y las vías aéreas.

La inmensa ventaja del tratamiento consiste en que es ambulatorio y puede ser confiado a un médico práctico. (*Le Scalpel*, núm. 32, 9 Agosto 1930).—T. R. Y.

P. Escudero. LAS «ENFERMEDADES DEL METABOLISMO» EN LA ETIOLOGÍA Y LA PATOGENIA DEL ECZEMA.—Clínicamente se puede, según su causa, dividir los eczemas en dos grupos: la reacción a una causa local—mecánica, medicamentosa, microbiana, parasitaria, profesional—; la reacción a una causa general—anafláctica, tóxica o metabólica—; grupos que corresponden a lo que Darier llama, respectivamente, «el eczema» y «la eczematosis», distinguiendo el eczema síntoma y el eczema-enfermedad.

Entre las causas capaces de producir la eczematosis pueden incluirse todas las afecciones viscerales y diatésicas. Exponemos en este trabajo las investigaciones personales referentes a las enfermedades del metabolismo.

La mayoría de los autores describen como enfermedades de la nutrición la diabetes, la gota, la obesidad y las aminoacidurias; es un error, como tal consideramos toda enfermedad que interesa un acto de la nutrición (elección de alimentos, digestión y absorción, metabolismo intermedio y eliminación de desechos).

Por dismetabolismo se entiende el conjunto de trastornos del metabolismo de una sustancia. El dismetabolismo glucosado o diabetes se caracteriza por glucosuria e hiperglucemia. No olvidemos la existencia de diabetes oculta: hiperglucemia constante sin glucosuria ni acidosis. Sus manifestaciones clínicas consisten en «complicaciones de la diabetes azucarada», y como más frecuentes el eczema y las dermatosis.

En la diabetes oculta, frecuentemente acompañada de obesidad, se caracteriza por: no hay glucosuria, ni poliuria, ni polidipsia, ni polifagia; nunca aparece acidosis ni coma; su síntoma característico es la hiperglucemia permanente por encima de 1,30 por 100. El régimen alimenticio, la reducción de peso a la cifra normal, la insulino-terapia, hacen desaparecer esta diabetes y sus «complicaciones».

El eczema es una manifestación frecuente de la diabetes oculta; eczema crónico, rebelde a todos los tratamientos locales y generales, tendencia a la generalización, prurito frecuente, brotes agudos. El régimen antidiabético y la insulina curan este eczema sin recurrir al tratamiento local. La insulina sin régimen concomitante, de ordinario fracasa; por el contrario, el régimen solo cura muchos casos. Como sea, precisa que el peso vuelva al normal.

Hablamos de «diabetes complicada» cuando en el mismo sujeto la diabetes evoluciona con otra enfermedad. Es la diabetes complicada con tuberculosis, de nefritis, etc. La acidosis no es una complicación de la diabetes; representa el término fatal de su evolución.

En la diabetes existen dos grupos de síntomas: específicos (hiperglucemia, glucosuria, hiperlipemia, acidosis); paraespecíficos (lesiones vasculares, nerviosas, cutáneas, oculares, etc.).

Hay diabetes cuando existen los síntomas específicos. Pero hay diabetes latente cuando sólo se manifiestan clínicamente los síntomas paraespecíficos (eczema prurito, ántrax, edemas, etc.), y biológicamente se traduce por una hiperlipemia considerable asociada a perturbación ligera del metabolismo glucosado.

La diabetes latente cura con un régimen poco cargado en grasa, reducido en hidratos de carbono, y por insulino-terapia a dosis elevadas.

Los trastornos metabólicos de azúcares y grasas pueden provocar eczemas crónicos resistentes a los tratamientos

locales; mejoran o curan por régimen apropiado y por insulina. La diabetes oculta y la diabetes latente (Escudero) son afecciones distintas; pueden producir eczemas crónicos que ceden solamente con régimen apropiado. (*Revue Sudaméricaine de Médecine et de Chirurgie*, París, Noviembre, 1930, tomo I, núm. 11, página 1.097).—M. A. C.

J. Govaerts. ESTUDIO DE LA COLESTERINEMIA MATER-
NAL Y FETAL. CONSIDERACIONES SOBRE LA ICTERICIA DEL
RECIÉN NACIDO.—La hipercolesterinemia gravídica es un
hecho perfectamente comprobado, si bien no se ha logrado
deducir de este conocimiento una interpretación satisfac-
toria.

El autor ha practicado la dosificación comparativa de la
colesterina en la sangre del cordón umbilical en el momento
del nacimiento y en la sangre materna recogida algún tiem-
po antes del parto.

En el curso de una serie de 37 dosificaciones, la cifra
media de coles-terina de la sangre materna era de 2,85 por
1.000 con límites extremos de 1,50 y 5 gramos. En la sangre
del cordón la cifra media era de 0,74 por 1.000, con unos
límites de 0,40 y 1,65.

La hipercolesterinemia materna es con frecuencia muy
aparente, pero no es constante. La coles-terinemia fué supe-
rior a 2 gramos en 28 casos, de 37, normal en seis y débil
en tres.

No parece existir una relación clara y evidente entre las
cifras de coles-terina de la madre y del hijo. Cabría pregun-
tarse si la placenta actuaría para este cuerpo como una ba-
rreira o si sería un órgano de reserva o de producción de
colesterol.

En otro caso, la riqueza media de la placenta en coleste-
rol fué de 2,11 por 1.000, oscilando entre 1,80 y 2,80, o sea
análoga a la cifra de colesterol tisular.

La hipocolesterinemia fetal es la regla. Es posible que el
feto envíe a la madre la coles-terina que le es necesaria, pero
es más probable todavía que otra parte resulte de una sín-
tesis efectuada a nivel de los órganos del feto, especialmen-
te de las glándulas suprarrenales.

A partir del sexto mes de la vida intrauterina se nota
un aumento progresivo y constante de la cifra de coleste-
rina de la glándula mencionada. En las suprarrenales de un
feto de tres meses y medio ha encontrado el autor 2,60
por 1.000 de coles-terina; en el de cinco meses y medio, 6,50;
9,10, en el feto de siete meses y 15,50 en el recién nacido.

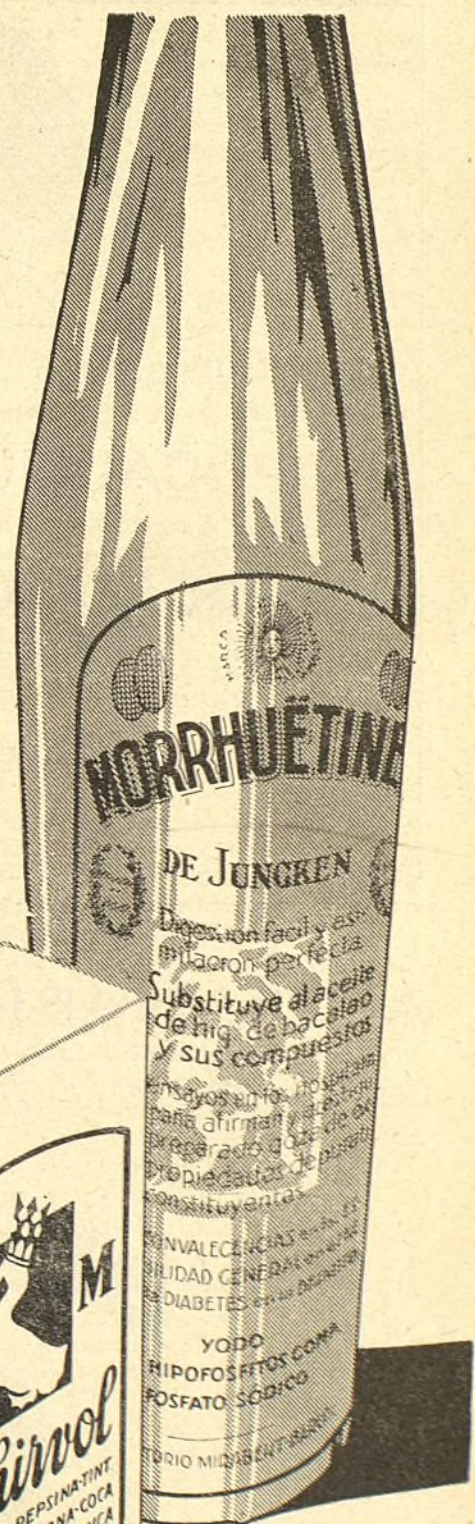
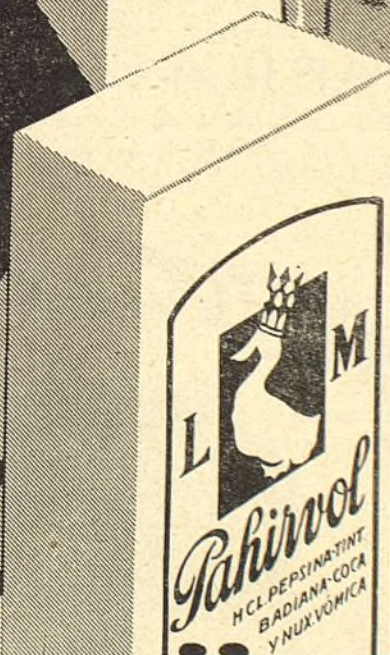
En el lactante la coles-terina va en aumento desde el pri-
mero al segundo día. Las cifras medias obtenidas por Go-
vaerts, en 35 determinaciones, son las siguientes:

Primer día	0,74
Segundo.....	0,96
Tercero.....	0,92
Cuarto.....	1,89
Quinto.....	1,17
Sexto.....	1,71
Séptimo.....	1,66
Octavo.....	1,90
Undécimo.....	1,75

El autor se pregunta si el *vernix caseosa* no es una fuen-
te exógena de coles-terina.

Las dosificaciones han dado una cifra media de coleste-
rina en el *vernix* de 22,76 por 1.000 y de 0,77 en el amnios.
Para comprobar aquella hipótesis, el autor ha dosificado la
colesterina en niños lavados y no lavados rodeados de un
tafetán engomado para facilitar la absorción del *vernix*. En
los niños no lavados era la coles-terinemia en el momento del
nacimiento, 0,56; el tercer día, 1,06; los niños lavados al na-
cimiento, 0,78; el tercer día, 1,08.

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUÉTINE

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

Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....



del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM
Sellos, Comprimidos, Granulados

**2º OPOCALCIUM
IRRADIADO**
Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM
arseniado — *Sellos*

4º OPOCALCIUM
guayacolado — *Sellos*

LABORATORIOS A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, AV. GAMBETTA. PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS. Diputación, 239. BARCELONA

ANTIANAFILAXIA
CITOFILAXIA
PROFILAXIS ANTICANCEROSA



anacclasine
RANSON
(α-ν-α- CONTRA ΚΛΑΣΙΣ-SHOCK)
Asociación antianafiláctica polivalente

HIPOSULFITICA
Hiposulfito de Sodio
y de Magnesio

POLIPÉPTICA
varias peptonas
diferentes

MAGNESIADA
sales halógenas
de Magnesio

**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva,
Deficiencia hepática, Intoxicación alimenticia,
Jaquecas, Insomnios, Vértigos. Eczemas, Urticaria, Enfermedades de Quinke, Asma, Disnea, Reuma de los henos, Corizas espasmódicas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tumores benignos, Cáncer.

Dosis para la fórmula granulada:
ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:
ADULTOS: a 5 por día.
NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, Avenue Gambetta, PARIS

Basándose en el papel antihemolítico de la colesteroína, puede pensarse que a esta riqueza mayor del colesterol sanguíneo en los niños no desembarazados del vernix debe atribuirse el menor porcentaje más débil de ictericias observadas por los clínicos en éstos. (*Bruselles Medical*, 29 de Julio de 1930).—J.

L. Estuardo Prado. LOS ESTADOS AZOÉMICOS EN RELACIÓN CON LA PRESIÓN ARTERIAL.—Conclusiones:

- 1.^a En la mayoría de casos los estados azoémicos son de origen nefropático.
- 2.^a Las nitrogenemias pequeñas de las glomerulonefritis no se acompañan de reacción cardiovascular.
- 3.^a Las nefropatías con retención nitrogenada, causadas por la sífilis, dan con mayor frecuencia hipertensión vascular, comparativamente a iguales lesiones renales, pero de distinta etiología.
- 4.^a Los estados azoémicos extrarrenales no producen hipertensión vascular.
- 5.^a Las nitrogenemias provocadas por la glomerulonefritis carecen con mayor frecuencia de lo que se cree de reacción cardiovascular.
- 6.^a La edad es un factor importante para la hipertensión vascular en las nefropatías y sus estados azoémicos.
- 7.^a La hipertensión vascular guarda estrecha relación con la evolución de la nefropatía y su retención nitrogenada.
- 8.^a Las uremias de forma gastrointestinal carecen con frecuencia de reacción cardiovascular.
- 9.^a En las nefrosclerosis es donde la reacción cardiovascular es constante, de gran valor diagnóstico y de considerable ascenso.
10. El desfallecimiento cardíaco con dilatación del ventrículo izquierdo, ocasionado por una nefropatía con retención azoada, determina la caída de la reacción cardiovascular, y la lesión renal se presenta en esta fase como normotensiva o hipotensiva. (*Tesis doctoral de Quito*, Ecuador, 1930.)

M. Renaud. LOS COMPLEJOS JABONES EN TERAPÉUTICA INTERNA.—Todos los jabones, de cualquier clase, tienen la propiedad de unirse a las sustancias minerales u orgánicas formando compuestos de propiedades especiales.

Los jabones son capaces de formar alrededor de las moléculas películas, encerrándolas en una especie de cubierta protectora, aislándolas en cierta manera del solvente. Es un fenómeno físico sin modificaciones químicas del cuerpo ligado al jabón. (Loewe, Langmuir, Vincent, Noguchi, Larson).

Cualquiera sea el complejo (cultivos microbianos, toxinas, alcaloides y algunos metales) las cosas suceden igual; los alcaloides, los productos microbianos, los venenos, las sales metálicas, las materias colorantes por su unión con los jabones, presentan modificaciones semejantes. Atenúan su toxicidad las toxinas (criptotoxina de Vincent), los alcaloides (criptoalcaloides de Velluz), sin que las toxinas ni los iones metálicos se destruyan ni modifiquen.

Las cualidades químicas y biológicas de un cuerpo no son cualitativamente diferentes estando libres o ligados al jabón; en esta última forma se modifican cuantitativamente.

La presencia de la película de jabón o de ácido graso alrededor de las moléculas modera la difusión y reduce considerablemente la afinidad del producto por los tejidos. Se producirá una repartición más lenta y más regular, lo que favorecerá la liberación de sus afinidades específicas; siempre suavemente, dulcemente y progresivamente.

Esta característica de la acción de los jabones se evidencia por el hecho que la inyección de oleato sódico provoca

un descenso de la tensión arterial que comienza varias horas después de la inyección y dura horas o días.

Acción que permite aportar al organismo antígenos y medicamentos diversos en forma segura y eficaz.

Aplicación de estos conocimientos lo tenemos en la obtención, por Larson, de los sueros terapéuticos al jabón; la ventaja de substituir a la anatoxina por el complejo toxina diftérica jabón; las vacunas al jabón, y en cuanto a la tuberculosis, la BCG es un cultivo modificado por un medio rico en jabón.

Desde el punto de vista químico, tratando una solución de bicloruro de mercurio o de cianuro de mercurio por el oleato sódico, se obtiene un cuerpo mucho más soluble en caliente que en frío, una solución más clara, opalina, que se presta a todos los usos de las sales de mercurio, en particular en el tratamiento de la sífilis, tanto por vía intravenosa como intramuscular.

Partiendo del cloruro de oro se obtiene con el oleato sódico y el ricinoleato un compuesto muy soluble, opalino, de color violeta e inyectable a dosis relativamente elevada, sin accidentes locales ni intolerancia, de gran utilidad en ciertas enfermedades infecciosas y en especial en la tuberculosis.

La unión de las materias colorantes antisépticas al jabón corrige los inconvenientes y aumenta la eficacia terapéutica; son la mayoría de los complejos utilizables en el tratamiento de las enfermedades infecciosas (oleato sódico y acridina como más eficaz). (*Bulletins et Memoires de la Société Medicale des Hôpitaux de Paris* año 46, núm. 34, 8 de Diciembre de 1930, pág. 1.754).—M. A. C.

P. Covaerts y P. Cambier. LA DIURESIS CONSECUTIVA A LA ABSORCIÓN DE AGUA POR LAS VÍAS ENTERAL Y PARENTERAL.—He aquí las conclusiones de este interesante trabajo:

1.^a El carácter esencial de la diuresis acuosa es la disminución extrema de la cantidad de cloruros urinarios. Las diuresis de este tipo se obtienen experimentalmente por la ingestión de agua destilada, de agua de fuente, introduciendo agua en el recto y por la inyección intraperitoneal de agua glucosada isotónica.

En los perros acostumbrados a las experiencias de la diuresis, se puede obtener una poliuria que ofrezca los caracteres de la consecutiva a ingestión de agua, con solo colocarlos en las condiciones que preceden de ordinario a estas experiencias.

2.^a Contra lo que suponía Hashimoto, es el agua, y no las sales que contiene, la que provoca la diuresis consecutiva a la ingestión de agua.

3.^a 50 c. c. de agua destilada o de agua de fuente provocan una diuresis mucho más intensa cuando se administran por inyección intravenosa que cuando se ingieren por vía gástrica.

4.^a La inyección intravenosa de agua, de disoluciones salinas hipotónicas y de agua glucosada isotónica, producen diuresis muy abundantes. Si se inyecta por vía intravenosa una dosis de agua que previamente se ingirió en el estómago, se extrajo y se filtró, se provoca una diuresis de intensidad extrema.

Todas estas poliurias consecutivas a inyecciones intravenosas difieren de las que siguen a la ingestión de agua en que van precedidas de fenómenos generales desagradables (escalofríos, náuseas, vómitos); son tardías, prolongadas y la orina que se elimina es rica en cloruros.

5.^a La inyección intravenosa de peptona Witte provoca los mismos fenómenos generales y desencadena la mis-

Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....



del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM
Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM
IRRADIADO
Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM
arseniado — *Sellos*

4º OPOCALCIUM
guayacolado — *Sellos*

LABORATORIOS A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, AV. GAMBETTA. PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS - Diputación, 239 - BARCELONA

ANTIANAFILAXIA
CITOFILAXIA
PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine
RANSON
(ἀντί-CONTRA, κλάσις-SHOCK)
Asociación antianaafiláctica polivalente



Restablece el equilibrio humoral y simpático.

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva, Deficiencia hepática, Intoxicación alimenticia, Jaquecas, Insomnios, Vértigos. Eczemas, Urticaria, Enfermedades de Quincke, Asma, Disnea, Reuma de los huesos, Corizas espasmódicas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tumores benignos, Cáncer.

Dosis para la fórmula granulada:
ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:
ADULTOS: a 5 por día.
NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, Avenue Gambetta, PARIS

Basándose en el papel antihemolítico de la colesteroína, puede pensarse que a esta riqueza mayor del colesterol sanguíneo en los niños no desembarazados del vernix debe atribuirse el menor porcentaje más débil de ictericias observadas por los clínicos en éstos. (*Bruselles Medical*, 29 de Julio de 1930).—J.

L. Estuardo Prado. LOS ESTADOS AZOÉMICOS EN RELACIÓN CON LA PRESIÓN ARTERIAL.—Conclusiones:

- 1.^a En la mayoría de casos los estados azoémicos son de origen nefropático.
- 2.^a Las nitrogenemias pequeñas de las glomerulonefritis no se acompañan de reacción cardiovascular.
- 3.^a Las nefropatías con retención nitrogenada, causadas por la sífilis, dan con mayor frecuencia hipertensión vascular, comparativamente a iguales lesiones renales, pero de distinta etiología.
- 4.^a Los estados azoémicos extrarrenales no producen hipertensión vascular.
- 5.^a Las nitrogenemias provocadas por la glomerulonefritis carecen con mayor frecuencia de lo que se cree de reacción cardiovascular.
- 6.^a La edad es un factor importante para la hipertensión vascular en las nefropatías y sus estados azoémicos.
- 7.^a La hipertensión vascular guarda estrecha relación con la evolución de la nefropatía y su retención nitrogenada.
- 8.^a Las uremias de forma gastrointestinal carecen con frecuencia de reacción cardiovascular.
- 9.^a En las nefrosclerosis es donde la reacción cardiovascular es constante, de gran valor diagnóstico y de considerable ascenso.
10. El desfallecimiento cardíaco con dilatación del ventrículo izquierdo, ocasionado por una nefropatía con retención azoada, determina la caída de la reacción cardiovascular, y la lesión renal se presenta en esta fase como normotensiva o hipotensiva. (*Tesis doctoral de Quito*, Ecuador, 1930.)

M. Renaud. LOS COMPLEJOS JABONES EN TERAPÉUTICA INTERNA.—Todos los jabones, de cualquier clase, tienen la propiedad de unirse a las sustancias minerales u orgánicas formando compuestos de propiedades especiales.

Los jabones son capaces de formar alrededor de las moléculas películas, encerrándolas en una especie de cubierta protectora, aislándolas en cierta manera del solvente. Es un fenómeno físico sin modificaciones químicas del cuerpo ligado al jabón. (Løwe, Langmuir, Vincent, Noguchi, Larson).

Cualquiera sea el complejo (cultivos microbianos, toxinas, alcaloides y algunos metales) las cosas suceden igual; los alcaloides, los productos microbianos, los venenos, las sales metálicas, las materias colorantes por su unión con los jabones, presentan modificaciones semejantes. Atenúan su toxicidad las toxinas (criptotoxina de Vincent), los alcaloides (criptoalcaloides de Velluz), sin que las toxinas ni los iones metálicos se destruyan ni modifiquen.

Las cualidades químicas y biológicas de un cuerpo no son cualitativamente diferentes estando libres o ligados al jabón; en esta última forma se modifican cuantitativamente.

La presencia de la película de jabón o de ácido graso alrededor de las moléculas modera la difusión y reduce considerablemente la afinidad del producto por los tejidos. Se producirá una repartición más lenta y más regular, lo que favorecerá la liberación de sus afinidades específicas; siempre suavemente, dulcemente y progresivamente.

Esta característica de la acción de los jabones se evidencia por el hecho que la inyección de oleato sódico provoca

un descenso de la tensión arterial que comienza varias horas después de la inyección y dura horas o días.

Acción que permite aportar al organismo antígenos y medicamentos diversos en forma segura y eficaz.

Aplicación de estos conocimientos lo tenemos en la obtención, por Larson, de los sueros terapéuticos al jabón; la ventaja de substituir a la anatoxina por el complejo toxina diftérica jabón; las vacunas al jabón, y en cuanto a la tuberculosis, la B C G es un cultivo modificado por un medio rico en jabón.

Desde el punto de vista químico, tratando una solución de bicloruro de mercurio o de cianuro de mercurio por el oleato sódico, se obtiene un cuerpo mucho más soluble en caliente que en frío, una solución más clara, opalina, que se presta a todos los usos de las sales de mercurio, en particular en el tratamiento de la sífilis, tanto por vía intravenosa como intramuscular.

Partiendo del cloruro de oro se obtiene con el oleato sódico y el ricinoleato un compuesto muy soluble, opalino, de color violeta e inyectable a dosis relativamente elevada, sin accidentes locales ni intolerancia, de gran utilidad en ciertas enfermedades infecciosas y en especial en la tuberculosis.

La unión de las materias colorantes antisépticas al jabón corrige los inconvenientes y aumenta la eficacia terapéutica; son la mayoría de los complejos utilizables en el tratamiento de las enfermedades infecciosas (oleato sódico y acridina como más eficaz). (*Bulletins et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris* año 46, núm. 34, 8 de Diciembre de 1930, pág. 1.754).—M. A. C.

P. Covaerts y P. Cambier. LA DIURESIS CONSECUTIVA A LA ABSORCIÓN DE AGUA POR LAS VÍAS ENTERAL Y PARENTERAL.—He aquí las conclusiones de este interesante trabajo:

1.^a El carácter esencial de la diuresis acuosa es la disminución extrema de la cantidad de cloruros urinarios. Las diuresis de este tipo se obtienen experimentalmente por la ingestión de agua destilada, de agua de fuente, introduciendo agua en el recto y por la inyección intraperitoneal de agua glucosada isotónica.

En los perros acostumbrados a las experiencias de la diuresis, se puede obtener una poliuria que ofrezca los caracteres de la consecutiva a ingestión de agua, con solo colocarlos en las condiciones que preceden de ordinario a estas experiencias.

2.^a Contra lo que suponía Hashimoto, es el agua, y no las sales que contiene, la que provoca la diuresis consecutiva a la ingestión de agua.

3.^a 50 c. c. de agua destilada o de agua de fuente provocan una diuresis mucho más intensa cuando se administran por inyección intravenosa que cuando se ingieren por vía gástrica.

4.^a La inyección intravenosa de agua, de disoluciones salinas hipotónicas y de agua glucosada isotónica, producen diuresis muy abundantes. Si se inyecta por vía intravenosa una dosis de agua que previamente se ingirió en el estómago, se extrajo y se filtró, se provoca una diuresis de intensidad extrema.

Todas estas poliurias consecutivas a inyecciones intravenosas difieren de las que siguen a la ingestión de agua en que van precedidas de fenómenos generales desagradables (escalofríos, náuseas, vómitos); son tardías, prolongadas y la orina que se elimina es rica en cloruros.

5.^a La inyección intravenosa de peptona Witte provoca los mismos fenómenos generales y desencadena la mis-

ma diuresis que las inyecciones intravenosas antes citadas.

6.^a Junto con la diuresis acuosa y con la salina, hay que estudiar otra tercera forma de diuresis, la consecutiva a los fenómenos de choque que acompañan a ciertas inyecciones intravenosas. Esto hay que tenerlo siempre en cuenta para no incurrir en errores cuando se estudia la acción diurética de un cuerpo administrado de inyección intravenosa.

Resulta, por lo tanto, imposible comparar los efectos diuréticos obtenidos por las inyecciones intravenosas de agua y los que se observan después de ingerirla por vía gástrica.

(Comunicación presentada a la Academia de Medicina de Bélgica el 20 de Septiembre de 1930. *Bruxelles Médical*, 4 de enero de 1931). F. G. D.

Arroniz. CUANDO UNA LLAGA SANGRA EN CAPA.—La sangre de los mamíferos es el agente más activo del tratamiento local y general de las hemorragias diatésicas. Una hemostasia local por sangre fresca vertida en el sitio de la hemorragia no puede ser empleada más que excepcionalmente. De preferencia se dirigen al suero. M. P. Emile Weil ha demostrado que el suero se muestra activo sobre una superficie sangrante. Esta acción local del suero deberá ser utilizada cada vez que sea posible. (*Cró. Méd. Mexicana*, Agosto de 1930.)

H. N. Stoessiger. CURACIÓN DE MENINGITIS NEUMOCÓCICA.—La rareza de los casos de curación de meningitis neumocócica nos lleva a dar cuenta del siguiente: Un mes antes, amigdalitis; dos semanas después, otitis aguda doble, con supuración, la que cesa pasada una semana y aparece cefalalgia. Cinco días antes del ingreso en la clínica presenta somnolencia y vómitos con rigidez de nuca; irritabilidad y erupción eritematosa, que pronto desaparece; Kernig positivo, pupilas y reflejos normales, ligera inflamación y enrojecimiento de papilas; tímpano derecho rojo y abombado y la paracentesis deja salir un líquido sanguinolento; amígdalas rojas y aumentadas de volumen. Pulmones normales, a excepción de algunos estertores diseminados.

La punción lumbar revela: líquido turbio, ligero aumento de tensión; contiene 100 polinucleares por milímetro cúbico; diplococos Gram positivos, semejando neumococos; 0,130 gramos de albúmina, 0,68 de cloruros y 0,036 de azúcar por 100; cultivos negativos.

En sangre, 27.000 leucocitos, de ellos 78 por 100 de polinucleares.

Al tercer día el enfermo está semiinconsciente. Se inyecta intratecalmente 2 c. c. de una solución al 5 por 100 de mercurocromo y 2 c. c. de la misma solución intravenosamente. El análisis del líquido cefalorraquídeo recogido en esta punción es totalmente igual al anterior, con algunos gérmenes simulando neumococos degenerados.

Al día siguiente la misma situación, pero la rigidez de nuca es menor. A las cuarenta y ocho horas de la anterior inyección intrarraquídea se repite, pero de 4 c. c. de la solución al 5 por 100 de mercurocromo y el líquido sale lentamente y sanguinolento; después de esta inyección la cefalalgia es intensa, pero la rigidez de nuca disminuye así como mejora el estado del enfermo.

A los cinco días del ingreso el enfermo está consciente, pero no apetece movimiento. No se hace más tratamiento y la curación es completa al séptimo día del ingreso.

El uso del mercurocromo intrarraquídeamente en el tratamiento de las meningitis no tiene más antecedente positivo que el experimental de Kolmer y el clínico de Berco-

witz y Vries (1918) (*The British Journal of Children's Disease*, vol. XXVII, Enero-Marzo 1930, núms. 313 315, página 35).—M. A. C.

Jean Bonnahon. CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO BACTERIOLÓGICO DE LAS SUPURACIONES AURICULARES DE MICROBIOS PIÓGENOS AEROBIOS.—En esta interesante tesis, llevada a cabo en el servicio del profesor Lemaitre, con la colaboración bacteriológica del Dr. Levy Bruel, llama el autor la atención sobre el interés pronóstico y terapéutico que se desprende del examen bacteriológico sistemático de las supuraciones auriculares.

Este autor ha efectuado un minucioso estudio en este sentido, el cual le ha permitido deducir los hechos siguientes:

Las otitis estreptocócicas se complican más fácilmente con trombosis y septicemias que las restantes.

Las supuraciones pneumocócicas son de un pronóstico menos grave por tener menor tendencia a afectar los senos y a generalizarse.

Por el contrario, las otitis producidas por el «pneumococcus mucosus» evolucionan clínicamente con insidiosidad y engendran con frecuencia lesiones óseas muy destructivas que acaban por interesar las meninges. La demostración de este germen requiere una intervención cuya técnica debe estar inspirada por estos tres principios:

1.º No dejar núcleo inexplorado, o en otros términos, intervenir ampliamente.

2.º Evitar todo traumatismo, o de otro modo, intervenir con prudencia y dulzura.

3.º No provocar retención postoperatoria, es decir, drenar ampliamente. (*Tesis de París*, 1930, Vigot ed., París).—DR. PRENAIS.

Nacionales

E. y A. Cardener. LOS FECALOMAS RECTALES Y SU TRATAMIENTO.—La expulsión espontánea de los fecalomas rectales suele ser imposible. Los enemas de aceite no bastan para reblandecer estas masas tan duras. La extracción manual, aun para el habituado, tiene ciertas dificultades. El desmenuzamiento diario del fecaloma es un procedimiento largo y penoso.

Para solventar estos inconvenientes los autores han hecho construir el siguiente instrumental: una jeringa metálica de 5 c. c. de capacidad y cuya punta permite enroscar las restantes piezas; cucharillas sin mangos, con bordes romos y de tallo hueco, con aletas laterales que permiten moverlas con facilidad y sirven para la orientación de la cucharilla; mandriles para desobstruir las cucharillas.

Para utilizar el aparato se comienza por anestesiarse, por infiltración, el esfínter del ano; si existe esfínterálgia, por ulceración rectal; la cucharilla, montada en la jeringa llena de aceite, se introduce en el recto, entre la mucosa y el fecaloma, guiada por el dedo; se le imprimen movimientos de rotación, al mismo tiempo que se van inyectando pequeñas cantidades de aceite, y cuando la masa se ablanda y fragmenta, se invita al enfermo a que haga esfuerzos de defecación para que la expulse.

Después, un enema de aceite arrastrará los restos endurecidos que quedaron por encima del fecaloma; si la rectitis no desaparece espontáneamente, las soluciones argénticas la terminan.

La recidiva se evitará mediante los colagogos y extractos hepáticos. (*Arch. Esp. de E. del Ap. Dig. y de la N.*, Noviembre 1930.)

Bactilose

**OLIVER
RODES**

**PRODUCTO
DEL PAIS**

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA
del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930.

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACION
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
PRURITOS Y DERMATOSIS
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
ASTENIA NERVIOSA

TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA
DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA
PROSTATA

LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medica! sobre pedido.

Muestra y Literatura : A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26, REUS (Tarragona).



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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

Preparado con especialidad farmacéutica por el
Fábrica y Químico Farmacéutico Francisco Mandri
en el Laboratorio, Príncipe, 225 · 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^o
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

Ayuntamiento de Madrid

Intensificando la Acción de la Fisioterapia.

Para el tratamiento de
SINUSITIS
ERISIPELAS
OTITIS MEDIA
BRONQUITIS
COLESISTITIS

y muchas otras condiciones que son fácilmente vencidas por la aplicación del calor, y de energía radiante emanada de fuente luminosa o diatérmica, es especialmente indicado el uso de un agente para prolongar el efecto de estos procedimientos. La

Antiphlogistine

al ayudar la acción de los leucocitos, favorece la diapédesis y es un agente ideal a la fisioterapia, por aumentar la hiperemia y promover la destrucción de los procesos bacteriales.

Muestras y folletos a solicitud.

The Denver Chemical Mfg. Co., New York, U. S. A.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

HIJOS DEL DR. ANDREU.—Calle de Folgarolas, 17.—BARCELONA

NU VO INVENTO ALEMAN

PASTA BLANCA IDEAL MARCA GRIP-FIX

La pasta para pegar papel, cartón, etcétera, de la mayor fuerza de adhesión y rapidísimo efecto.

UNICA PASTA libre de acidez.
 UNICA PASTA que no se reseca, quedando húmeda durante años, sin agregarle agua.

UNICA PASTA BLANCA LIMPIA, HIGIENIC, DESINFECTADA

Lo más EFICAZ PARA PEGAR PAPEL-S, LO MAS AGRADABLE, RAPIDO, LIMPIO y ECONOMICO

PRECIO:

Bote de aluminio... 4,50 p.s.
 Tubo grande..... 1,75 —

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

Es una metros cúbicos el volumen de París. ancho, en desarrollo

Fo M

re
 ¡No!

Además desagüe, aguadores, tros cúbicos de dos toneladas armados, tros bajo necesaria turbinas.

Su barr un lago de 80 a 500 metros de profundidad de 60 franceses 54 millones

Su potencia eléctrica importan kilovatios 150.000 v reparte en de Orleans de la región liers.

UNA

La idea de bóvedas bóvedas, muchos s Elche (Al Hasta donde se presa «Zoro. Los no rra, const

CARAB

de Orleans sas-bóvedas te 15 metros

La tend rebaja de presas y mentos de

En los a constr ba. Much en Amér truidos y bóvedas s das múlti cos del va Un ingen gura que de presas de mamp

Es una presa de gran peso; de 210.000 metros cúbicos de hormigón, o sea seis veces el volumen del Arco del Triunfo de París. Tiene de alto 61 metros; de ancho, en su base, 51, y presenta un desarrollo de caballete de 2.5 metros.

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

Además de los aparatos de provisión y desagüe, tiene en sus extremos dos desagüadores capaces de evacuar 2.000 metros cúbicos. Está provista, asimismo, de dos tomas de agua, torres de cemento armado que permiten sacar a 20 metros bajo el nivel del agua la cantidad necesaria para el funcionamiento de las turbinas.

Su barrera ha transformado el río en un lago de 18 kilómetros de largo por 80 a 500 metros de anchura y profundidad de 60. Es el más alto de los diques franceses y también el más voluminoso: 54 millones de metros cúbicos.

Su potencia es formidable y la fábrica eléctrica que de ella se alimenta, la más importante de Francia, con sus 75.000 kilovatios. Con tensiones de 90.000 y 150.000 voltios, la corriente del río se reparte entre la red de los ferrocarriles de Orleans, las fábricas de distribución de la región y la central de Geunivilliers.

UNA PRESA MODELO ESPAÑOL

La idea de construir presas en forma de bóvedas de eje vertical, o sea «presas-bóvedas», se implantó en España hace muchos siglos. La más notable es la de Elche (Alicante), que data del siglo XVI.

Hasta 1845 no se implantó en Francia, donde se la conoce con el nombre de presa «Zola», del nombre de su ingeniero. Los norteamericanos, durante la guerra, construyeron en Savenay, en la red

CARABANA: el mejor purgante.

de Orleans, el segundo ejemplar de presas-bóvedas, en Francia. Tiene solamente 15 metros de altura.

La tendencia general es conseguir la rebaja del coste de edificación de las presas y utilizar las bóvedas como elementos de las presas.

En los Estados Unidos se ha llegado a construir una presa bóveda de prueba. Muchos de los diques en Australia, en América y en Europa, están contruidos y calculados únicamente como bóvedas simples o yuxtapuestas (bóvedas múltiples), que transmiten a los flancos del valle la presión de la corriente. Un ingeniero muy experimentado asegura que no sabe de ningún accidente de presas en bóveda sencilla. El cubo de mampostería o de cemento que ame-

nudo le substituye, por razón de economía, se ha reducido a una tercera parte de lo que es necesario para una presa peso, resultando, por consiguiente, una considerable economía.

LA PRESA BÓVEDA FRACCIONADA

Los ingenieros Munager y Neyrier han patentado otra aplicación en esta clase de presas, aumentando la economía de su construcción.

Cuando el depósito de una presa está lleno, hay que dejar evacuar el sobrante. Con las presas actuales, de más de 60 metros de altura, no puede pensarse en dejar pasar el agua por cima la cresta del depósito porque excavaría el pie de las rocas, como sucede en las cataratas del Niágara, y destruiría la obra. Hay que hacer costosos gastos para el desagüe, como canales, vertederos, túneles, etc. Pero, por el contrario, si se corta la caída o salto de agua en cierto número de fracciones de menor altura, 10 o 15 metros, por ejemplo, separadas por paredes verticales que formen estanque de retención (presa fraccionada), se puede dejar desaguar el uno en el otro sin inconveniente. La supresión de las obras reguladoras constituy. de este modo una nueva economía en el activo de la presa-bóveda fraccionada, creando una cascada incomparablemente más imponente que las de las de Piedro y otros sitios alpestres.

Puede temerse, sin embargo, que las paredes delgadas de esta clase de presas se resquebrajen antes de la comple-

SARNA

Cápsulas con SULFURETO CABALLERO

ta ruptura. Así y todo los ensayos metódicos van suministrando los datos suficientes respecto a los refuerzos internos, en caso de deformación de la obra.

En Italia y en los Estados Unidos el estudio teórico de la resistencia de las presas ha sido continuado por estudios experimentales. Un profesor de la Escuela Politécnica de Turin ha sometido a la presión hidráulica una pared cilíndrica, de hormigón, de 5 metros de altura y 16 centímetros de espesor, hallando con los resultados de sus fórmulas divergencias que han sido parcialmente explicadas.

En los Estados Unidos no han vacilado en construir, en un valle natural, una presa de ensayo, de cemento, de 18 metros de alto. Cuando ya se habían gastado 120.000 dólares en una primera serie de pruebas, una tempestad sumergió toda la instalación, llevándose los aparatos de medida. Como quiera que sea, los ingenieros americanos están dispuestos a volver a la carga repitiendo los ensayos según el método de Mesnager y Veysier.

Kelatox: Sedante atóxico.

LOS ADULADORES hacen su fortuna con los grandes, como los médicos con los enfermos de aprensión: éstos pagan por unos males que no tienen, y aquéllos por unas virtudes que deberían tener.

INTOXICACION POR HONGOS VENENOSOS

Sus venenos actúan sobre el aparato digestivo y sistema nervioso. Son de naturaleza alcaloídica.

GÉNERO AMANITA

El amanita faloide o bulboso contiene *falina*. Frecuentemente se confunde con las especies venenosas. No entrare

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 **YODESAL** en fricción suave.

mos en sus caracteres diferenciales, y sólo diremos los fenómenos a que su ingestión da lugar.

A las diez o doce horas aparecen vómitos, diarreas, cólicos, calambres en los músculos, atontamiento, cirosis y colapso. El cuadro dura aproximadamente setenta y dos horas, terminando el paciente con el cuadro de ictericia, nefritis y hemoglobinuria.

Terapéutica.—Lavado gástrico inmediato. Carbón animal, analépticos, líquidos calientes. Suero glucosado, intravenoso e insulina al mismo tiempo hasta diez unidades, dos veces al día.

Amanita muscaria.—Esta contiene muscarina, veneno cardíaco y excitador del parasimpático. Rápidamente aparecen atontamiento, calambres, sialorrea, sudores profusos, vómitos sanguinolentos, diarreas, bradicardia, miopía, colapso y coma.

Terapéutica.—Lavado gástrico, café. Atropina (0,5 a 1 miligramo) con un miligramo de estricnina en inyección subcutánea.

GÉNERO HELVELLA

Helvella esculenta.—Contiene ácido helvético. Existe principalmente en estado fresco: por cocción repetida y cambio de agua puede llegar a desaparecer completamente el principio tóxico.

Sus síntomas son: vómitos, diarreas, cólicos, hemolisis, ictericia, calambres y nefritis.

Tratamiento.—Lavado gástrico. Suero glucosado, sangría y excitantes difusibles.

(Del libro del Dr. Camarón, «Terapéutica de urgencia».)

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

ESTADÍSTICA ESPELUZNANTE

El inspector provincial de Sanidad de Salamanca ha publicado en la Prensa una nota dando cuenta de la deplorable impresión que le produjo la visita a la Casa de Expósitos, y solicita de la Diputación la modificación del régimen que allí se sigue. Da a conocer la estadística desde el año 1925, y dice que la mortalidad infantil en la Casa Cuna de Bilbao es de 83 por 1.000, mientras el promedio de la de Salamanca durante los últimos seis años es de 887. En este período de tiempo entraron 1.493 niños

v hay actualmente 104. La Diputación provincial gasta 215 000 pesetas anuales, que suman durante los seis años 1.299.000 pesetas, correspondiéndole a cada individuo vivo 12.000 pesetas. Termina diciendo que la mortalidad infantil en Nueva Zelanda es del 75 por 1.000; en Noruega, del 81; en Bulgaria, el 139; en Bélgica, el 148; en Italia, 168, y en España, 173. En la provincia de Salamanca es de 280, y en la Casa de Expósitos, de 887.

STROPHANTUM

PALLARÉS

XV gotas contienen $\frac{1}{2}$ miligramo de Estrofantina.

La responsabilidad de los médicos.

UN TRIBUNAL CIVIL DEL NORTE ACABA DE RESOLVER UN CASO INTERESANTE

Un Tribunal civil de Douai acaba de sancionar un caso de responsabilidad médica en las siguientes circunstancias:

En 1928, el Dr. P. fué llamado para asistir a un joven obrero de metalurgia llamado Monnier, herido por accidente de trabajo. El médico no se preocupó de aplicar al enfermo el tratamiento preventivo empleado habitualmente, y que consistía en la aplicación del suero antitetánico. Con tan mala suerte se le declaró esta enfermedad al desgraciado obrero, que sucumbió, por su herida infectada, a los seis o siete días.

Los padres de la víctima formaron pleito, cargando la responsabilidad de la muerte de su hijo al Dr. P. Encargado del asunto un Tribunal, ante el cual había sido llevado, y rehusando en lo posible la discusión de teorías médicas, decidió suspender la vista hasta ponerse de acuerdo con los peritos en el asunto. El 25 de Julio de 1928 se designó para este propósito al profesor Balthazard, miembro de la Academia de Medicina; al Dr. Chicambart, cirujano del Hospital de San José, de Douai, y al Dr. Pa

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

blo, presidente del Sindicato de Médicos legistas franceses.

Los tres peritos tenían por misión la de decir sencillamente, dada la forma, la magnitud, la naturaleza, la importancia de las heridas y el estado orgánico del obrero Monnier, si el tratamiento antitetánico era o no útil en la especie, o si habiendo aplicado el tratamiento como lo había hecho el Dr. P. no había cometido, desde el punto de vista médico, ninguna ligereza, imprudencia, negligencia o falta.

El médico había invocado como excusa, para justificar su tratamiento, que se había abstenido de poner ninguna inyección antitetánica al paciente por temor a los efectos séricos, y que, por otra parte, el caso de tétanos es extremadamente raro entre los heridos del trabajo en la industria metalúrgica del Norte.

He aquí las conclusiones de los tres peritos:

1.^a Cuando un médico se encuentra ante una herida extensa, profunda, fangosa, que tenga abiertos los estuches tendinosos; cuando la herida esté manchada por cuerpos extraños, por ejemplo, grasas de las ruedas de los coches; cuando sea absolutamente imposible limpiar la herida, la inyección preventiva del suero antitetánico es imprescindible.

2.^a Es opinión de todos los médicos sensatos la de que se comete una falta grave al omitir la inyección preventiva en caso semejante.

3.^a La falta del Dr. P., en el caso del joven Monnier, se atenúa al tratarse de la rareza de casos de tétanos observados entre los obreros metalúrgicos del Norte. Pero la consideración al temor de los accidentes séricos, no suprime en modo alguno la falta cometida.

Apoyándose en este acuerdo autorizado y después de haber oído a los abogados de las dos partes (madame Dévallee, de Douai, por parte de los padres de la víctima, y madame Lapchin, de París, por el médico encausado), el Tribunal civil estimó que la responsabilidad del Dr. P. debía ser reducida a la

ANTIPHLOGISTINE

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

mitad, y en este sentido sentenció el siguiente juicio:

«Los consortes M. reclamaban 202.297 francos por perjuicios, tanto materiales como morales. La cifra ha quedado reducida a 150.000 francos, y el Tribunal condena al Dr. P. a pagar a los demandantes la suma de 75.000 francos, a título de daños y perjuicios.» — M. P.

Origen de los coches.

El primer carruaje construido en Europa lo fué en Hungría, en una ciudad del condado de Kemorn llamada Ketch, razón por la cual los carruajes en lengua húngara se llaman «kotch» (procedente de Ketch). La palabra «kotch» figura en los archivos húngaros desde el siglo XIII. En el siglo XV, Ladislao V, rey de Polonia, regaló un carruaje a Carlos VII de Francia, y hacia principios de dicho siglo todas las ciudades importantes de Hungría poseían coches para alquilar, mientras que en los demás países de Europa sólo existía una exigua cantidad de carruajes. En el siglo XVI empezaron éstos a generalizarse. Durante el reinado de Francisco I, en los primeros años del siglo XVI, sólo existían en Francia tres coches. En 1580 apareció el primer modelo en Inglaterra, transportado de Alemania.

ELIXIR BERTRAN

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

COMIENDO manzanas se matan todos los gérmenes malos que andan en los intersticios de la dentadura.

EL PAJARO que atraviesa el aire, no deja nada: el hombre de bien, aunque también desaparece, deja su fama, y sobrevive en la posteridad.

**

CADA UNO de nosotros posee tres caracteres: el que tiene, el que demuestra y el que cree tener.

TREPONEMOL

SÍFILIS

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Cuenca ha fallecido D. Francisco Jesús Bonilla, médico de gran reputación y hombre estimadísimo por su caballerosidad.

—En Almodóvar del Campo ha fallecido el compañero D. José Yébenes Díaz.

—En Madrid, y aquejado de cruel enfermedad, pasó al otro mundo, a los veinte años de edad, D. Antonio Figueroa Pimentel, cuando estudiaba el cuarto año de Medicina.

A su padre, el inspector provincial de Sanidad de Huelva, D. Antonio Figueroa López, y demás familia enviamos la sincera expresión de nuestro duelo.

—En Vitoria, el médico D. Felipe Landazábal Merino.

—En Tarragona, el médico D. Angel Rabadá, forense interino y médico de la Casa provincial de Beneficencia.

—En Madrid ha fallecido D. Miguel Gallástegui, padre del médico del Hospital de la Princesa D. Ramón, cuyo sentimiento compartimos.

—En Zaragoza, a los setenta y cuatro años, el médico D. Mariano Alonso Sagasta.

—En Valencia, el dermatólogo don

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Rafael Gallart Montesinos; y a los setenta y siete años el médico D. Clemente Ramón Tomás.

—En Alcira, a los setenta y cinco años, el médico D. Vicente Clari Palau.

—En Javalgo (Huelva), el médico don Francisco Oliva Díaz.

—A los setenta y ocho años ha muerto el médico de Calaf D. Luis Vendrell.

—En Segovia falleció el médico don Valentín de la Villa, que ejerció en varios pueblos de la provincia.

—En Barcelona han fallecidos los médicos D. Francisco X. Altadill Juliá y D. Severino García Fortea.

—En Llerena (Badajoz) pasó a mejor vida el médico D. Matías Fernández Pérez.

—Ha fallecido el médico titular de Collanzo (Asturias) D. Marcelino Alas Corres.

laboratorios

SANOCAL

OROSANIL

abello

SANOCAL
Tiosulfato de Calcio químicamente puro
Calcioterapia intravenosa
Dosis Máxima de Calcio puro inyectada hasta hoy

DOSIFICACION.
0'05, 0'10, 0'25, 0'50, 1 gr., 1'50 y 2 gr.

Recalcificante en general: Raquitismo, Osteomalacia, TUBERCULOSIS, etc.
Hemostático Hemorragias espontáneas, quirúrgicas y traumáticas, Hemoptisis, Hematemesis Hemorragias "post-partum", etcétera.

Diurético y Deshidratante: Edemas, Pleuresias serosas, hemorrágicas, Ascitis, etc.

OROSANIL
Quimioterapia áurica intravenosa
TUBERCULOSIS
DOSIFICADO EN AMPOLLAS DE 0'01, 0'025, 0'05, 0'10, 0'15 0'25, 0'50, 0'75 y 1 gr.

Preparado por
D. JUAN ABELLO PASCUAL
Químico-Farmacéutico
en su Laboratorio Vinaroz, 5, Prosperidad-MADRID
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

MUESTRAS Y LITERATURA
HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS

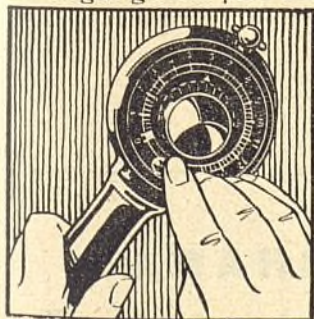
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

PHILIPS Metalix

EL DIAGNÓSTICO ROENTGEN, EL MÁS

MODERNO AUXILIAR DEL MÉDICO PRÁCTICO!

Con el aparato portátil Philips "Metalix" cualquier médico puede aprovechar las inmensas ventajas del diagnóstico Roentgen en el ejercicio de su profesión. El manejo del aparato es tan sencillo que no se requieren conocimientos técnicos especiales ni medidas de ningún género para llevar a cabo las exploraciones Roentgen.



- Exposición con interruptor de tiempo automático.
- Ajuste de la altura por medio de pies de soporte prolongables.
- Puede conectarse a cualquier enchufe de la instalación de luz.
- No hay necesidad de vigilar instrumentos de medida.
- Claridad máxima de la imagen, gracias al objetivo GOETZE, de tipo lineal, extremadamente fino.



Los señores Médicos pueden solicitarnos informes completos acerca del Equipo portátil de Rayos X "Metalix"

PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

Sección "Metalix" — MADRID - BARCELONA - SEVILLA - BILBAO - LAS PALMAS



AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

Oficinas: Consejo de Ciento, 289. — Teléfono 14218. — Barcelona

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Ar-énico orgánicos, Thioocol, Pepsina y extractos estabilizados de Kola y de Nuez Vómica. (Cuando le hayan fracasado todos los reconstituyentes, ensaye el **FILOBIOL**, que ponemos a su disposición.

YODASEPTOL: Medicamento de uso tópico para la terapéutica de las mucosas.

Yodo, ácido tímico, Láudano, Yodhidrato potásico, en solución glicérica.

Utilísimo en otorrinolaringología y ginecología (toques, tapones, gargarismos.)

Muestras a disposición de los señores médicos, previa demanda, indicando con toda claridad la dirección y estación del ferrocarril, al

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

LABORATORIOS



— Clínicos rurales. —

Instalación completa.

PRODUCTOS QUIMICOS PUROS

Envío inmediato. :—: Fídanse presupuestos

Establecimientos JODRA

Príncipe, 7. — MADRID



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceraína.)

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

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

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



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

exageradamente grande, sea por desarrollarse una cantidad excesiva de líquido amniótico. En estas condiciones, sobre todo si la pared del abdomen es fuerte, la palpación proporciona datos muy inseguros y hay que dejar el diagnóstico en suspenso hasta que, más avanzado el embarazo y generalmente menos abundante ya el líquido amniótico, se pueda hacer una palpación más perfecta. Si el feto se presenta en cuarta posición, o sea en la occípitoilíaca izquierda posterior, el diagnóstico es más difícil que en los demás casos, porque se encuentra un polo fetal encajado, el segundo con peloteo fácil en la parte alta del útero, dos focos de auscultación y sensación múltiple de partes fetales pequeñas, pero lo que no se puede encontrar es un tercer polo fetal que no existe.

El hidramnios es a la vez motivo de que se sospeche el embarazo gemelar y de que no se puede explorar bien. Lo es de que se sospeche, porque el embarazo gemelar es una de las causas que determinan el hidramnios, en tanto que lo es de dificultad de la exploración por la distensión que provoca del útero y la imposibilidad de llegar bien a la palpación de su contenido.

Los tumores, y en especial los fibromas voluminosos y redondeados, pueden hacer creer en la existencia de un tercer polo fetal; pero en realidad, y prestando atención al caso, se observa que el fibroma tiene muy poca movilidad, rara vez es susceptible de peloteo, y, por otra parte, se hace más accesible en el momento de las contracciones uterinas, en tanto que las partes fetales son, por el contrario, en este período más difíciles de explorar. Cuando uno de los fetos muere durante el embarazo y queda comprimido contra las membranas, no da síntoma alguno que acuse su existencia y el embarazo gemelar es una sorpresa que tiene el tocólogo lo mismo que la madre en el momento del parto, sin que por eso esté justificado dirigir a aquél reproche alguno. Claro que en tales condiciones el diagnóstico no hubiera tenido tampoco la menor importancia práctica.

Cuando no se ha podido hacer el diagnóstico durante el embarazo es necesario hacerlo en el momento del parto. Ya

circulante. El segundo hecho que manifiesta la mutua dependencia de los embriones es la posible soldadura de las dos líneas primitivas, de la que resultan monstruos de las formas más diversas.

En los embarazos gemelares la cantidad de líquido amniótico suele estar muy exagerada: si se trata de dos huevos, en los dos o en uno de ellos; si de uno, en la cavidad única, o en las dos cuando hay dos amnios bajo un solo corion. Este aumento de la cantidad de líquido amniótico, unido al mayor volumen que de suyo tiene el útero por la existencia del embarazo gemelar, hacen que el volumen del abdomen sea enorme y, lo que es más importante, crea una dificultad considerable al diagnóstico del embarazo gemelar que requiere una palpación tan atenta del abdomen.

En cuanto a los caracteres de los fetos nacidos de embarazos gemelares, ya hemos dicho, por lo que se refiere al sexo, que en los casos de embarazos monovitelinos siempre son del mismo sexo, en los de bivitelinos pueden ser del mismo sexo o de sexos diferentes. En total, resulta que en el 35 por 100 de los casos de embarazo gemelar los sexos son diferentes. Lo mismo que en los partos sencillos hay en conjunto un ligero dominio del sexo masculino sobre el femenino. El peso de los fetos es siempre inferior al término medio de los niños normales, incluso en los casos en que el parto se hace completamente a término, lo cual no es muy corriente y solamente sucede en las múltiparas; el peso de los fetos oscila corrientemente entre 2.000 y 3.000 gramos.

La colocación de los fetos en el útero se hace de la manera siguiente: Uno de ellos se coloca como en condiciones normales, la mayoría de las veces de vértice; en un número mucho más reducido de casos, de nalgas. El otro feto se coloca también vertical, pero claro está que todo él en la cavidad abdominal, con una frecuencia aproximadamente igual de vértice que de nalgas. Las demás posiciones y presentaciones se presentan en un número mucho mayor de casos. Al lado de estos casos en que los fetos están uno al lado del otro existen casos en que se encuentran uno por encima del otro y otros en que se hallan uno por delante del otro

Debe sospecharse el embarazo gemelar siempre que la exploración de la enferma haga creer en un embarazo más adelantado que el que resulta de la cuenta que ella lleva a partir del último período. Una vez que se ha sospechado y se dirige la investigación convenientemente, lo probable será que se llegue al diagnóstico correcto. Algunas veces será la enferma misma la que llame la atención del médico sobre el volumen exagerado de su vientre, especialmente si se trata de una múltipara, y hasta puede que pregunte espontáneamente si no será gemelar su embarazo. Otras veces percibirá los movimientos fetales en todo el útero simultáneamente. En cambio hay casos en los que se llega al fin del embarazo sin haber percibido síntoma anómalo alguno.

Las compresiones vasculares con edemas de los miembros inferiores y suprapúbicos no tienen por qué ser mayores en los casos de embarazos gemelares que en los normales. La inspección demuestra un volumen grande del útero y, con frecuencia, el fondo del mismo muy ancho transversalmente. Por la palpación se obtienen también indicaciones muy útiles para el diagnóstico del embarazo gemelar. Ante todo la tensión del útero. No se trata ni de la sensación de blandura que se percibe por la palpación cuando se trata de un útero normal en período de relajación, ni de la dureza leñosa del útero en el momento de la contracción, sino de una sensación intermedia y completamente igual a la que se conoce perfectamente cuando se palpa un quiste que está bien lleno de líquido. La tensión del útero, si bien constituye un nuevo dato en favor de la existencia del embarazo gemelar, puede ser, por otra parte, un gran obstáculo para el diagnóstico preciso del mismo.

Cuando es moderada permite apreciar por la palpación el feto, que se encuentra encajado o a punto de encajarse; uno de los polos se halla en la cavidad pélvica o inmediatamente por encima del estrecho superior, el segundo polo del mismo feto se encuentra un poco por debajo del fondo del útero y, una vez que se ha determinado el plano de resistencia de este feto, se observa que en el lado opuesto no se encuentra ni la renitencia propia del líquido amniótico ni

las partes fetales pequeñas. Por el contrario, se encuentra un segundo plano de resistencia y, siguiéndole, se va a dar pronto a un tercer polo fetal que se encuentra en una de las fosas ilíacas y a un cuarto polo que se encuentra hacia el fondo del útero. En la mayoría de los casos no se llega a palpar los cuatro polos fetales, sino solamente tres, pero basta esta observación para poder afirmar la existencia del embarazo gemelar, siempre que se haya hecho con toda certeza.

El peloteo se percibe, generalmente, con toda claridad, tanto más cuanto que en muchas ocasiones hay hidramnios. Cuando se explora a una mujer en el séptimo mes del embarazo y se encuentran dos polos fetales tan separados entre sí que tendrían que pertenecer a un feto gigantesco, hay lugar para sospechar que se trata de un embarazo gemelar. No basta la determinación de la existencia de dos polos muy separados para afirmar tal embarazo gemelar; pero una vez sospechado éste y puesto el tocólogo a explorar atentamente a la enferma, no solamente en aquel día, sino en los siguientes, será muy excepcional que no llegue a encontrar el tercer polo, con lo que el diagnóstico quedará completamente confirmado. La auscultación demuestra, en los casos de embarazo gemelar, la existencia de dos focos de auscultación; pero este dato, por sí solo, es insuficiente para sentar el diagnóstico, puesto que con un solo feto y según las condiciones de transmisión puede haber dos zonas de auscultación máxima. En cambio, sí sirve la demostración de esos dos focos para confirmar la existencia de un embarazo gemelar ya sospechado por los datos de la palpación.

El diagnóstico del embarazo gemelar antes del parto no se hará sino en el caso de que se palpen con precisión tres polos fetales. Mientras no se tiene seguridad de este hallazgo debe uno abstenerse de afirmar el embarazo gemelar, porque el hecho de que la exploración se hubiera hecho con excesiva rapidez no excusaría el error cometido. En algunos casos de embarazo simple el útero puede alcanzar un desarrollo excesivo, sea porque el volumen del feto sea también



Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

INDICACIONES: Plenresias. — Neumonía. — Neuritis. — Clística, etc.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canalotas, 1. — **BARCELONA**

El examen médico prenupcial obligatorio en Francia.

En la Sociedad Francesa de Eugénica han sido adoptadas las conclusiones siguientes, por unanimidad:

1.^a La Sociedad Francesa de Eugénica estima que el examen médico prenupcial es indispensable, y emite el voto de que una ley haga este examen obligatorio.

2.^a Emite el voto de que en adelante sea remitido a los interesados un prospecto en que se señale el interés primordial del examen médico prenupcial para los futuros cónyuges y su descendencia, con ocasión de las diligencias en vista de publicaciones legales.

3.^a Estima que este examen debería comportar la libre elección del médico.

4.^a Considera que el examen médico prenupcial constituye un examen sanitario destinado a informar a los interesados sobre su estado de salud. Permite, en último caso, ponerlos en guardia contra los peligros eventuales de un matrimonio que puede ser preferible evitar.

5.^a Estima que este examen deberá dar lugar a la redacción de un certificado en que se establezca simplemente que tal médico, en tal fecha, ha examinado a la señorita o al señor X o Y y

que ha declarado debe casarse en tal fecha.

Este examen, así comprendido, en ningún caso podría autorizar o prohibir un matrimonio. Deja a los interesados libres de decidir.

6.^a La Sociedad Francesa de Eugénica emite el voto de que el «carnet» de salud individual sea ampliamente difundido y que comprenda un capítulo especial concerniente al examen médico prenupcial.

LA URBANIDAD es ante todo una ciencia práctica; apréndesela poco en los libros y mucho en el trato de la gente bien educada. Transmítese, como por tradición, en las familias cultas, y es en los hogares donde debe aprenderse y practicarse. Conviene, pues, que no se descuiden en familia ciertos detalles.

NUESTROS mejores maestros son los libros. Ellos nos instruyen sin azotes ni palmetas, sin sobrecejo ni asomo de interés. Cuando se los llama no se hacen el desentendido, y cuando se los busca no se esconden. No vienen a zaherirnos por nuestros yerros, ni a escarnecernos si no sabemos.

BURI, OB.

LA CIENCIA apenas sirve más que para darnos idea de la extensión de nuestra ignorancia.

Las enfermedades del **Estómago e Intestinos**

dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el

**ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS**
(STOMALIX)

*Poderoso tónico digestivo
que triunfa siempre.*

Venta: Principales farmacias
del mundo.

ANALISIS

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

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

CATARROS FOSFOTIOL : : TOSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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.

HEMOMETINA

Disenteria amebiana

abscesos Hepáticos

afecciones Pulmonares congestivas

hemoptisis Tuberculosas

Hemorragias en general.

ALCOHOLISMO.-BILHARCIOSIS.-MORFINISMO
NEFRITIS AMEBIANA. - PSORIASIS. - UREMIA



La emetina (HEMOMETINA Cusi) es enérgicamente antihemorrágica, poseyendo acción brillante no sólo sobre las hemorragias intestinales sino sobre las gástricas, esofágicas, bronquiales y pulmonares.

DR. F. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ.—Tesis, 1915.

LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA.—MASNOU, BARCELONA

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 e inofensivo.

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a 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.

Ayuntamiento de Madrid

Sigu
revista c
nes y no
la seman
las revis
que no
consuelo
igual»; n
cliente de
diríamos
peora nu
Pero com
dose hac
y los obr
igual».

Nos p
una y otr
poco de i
de los lec

La ep
respecto a
cambio m
cuencias c

Víctim
radiólogo
cultad de
su person
mente. Co
trabajador
de sus m
funda en
cuerdo vi
suyos, qu

Hemor
el feliz su
querido an
cos Rodrí

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago de los titulares por el Estado.—Independencia y retribución de la función forense.—Dignificación profesional.—Unión y solidaridad de los médicos.—Fraternidad, mutuo auxilio.—Seguros, previsión y socorros.

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—La Comisión de la Iguala.—Academias, Sociedades y Conferencias.—La Comisión del pase al Estado de los médicos titulares.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Lo que sigue y lo que se suma.

Sigue la huelga impidiéndonos publicar nuestra revista con la oportunidad acostumbrada. Reuniones y notas a la prensa no han escaseado durante la semana, pero sigue la *Cirila sin parecer*. Todas las revistas profesionales, con alguna excepción que no cuenta, continúan sin imprimir y con el consuelo y la esperanza de que «el conflicto sigue igual»; nosotros, los que constituimos el elemento *cliente* de las imprentas paradas, diríamos otra cosa, diríamos *sigue peor*, pues cada día de huelga empeora nuestra situación respecto del público lector. Pero como a nosotros nadie nos consulta, reservándose hacernos pagar las consecuencias, los patronos y los obreros se limitan a decir: «el conflicto sigue igual».

Nos parecen muy respetables los intereses de una y otra parte, sólo que echamos de menos un poco de *interés* por los intereses de las revistas y de los lectores.

La epidemia gripal tiende a decrecer en Madrid respecto al número de atacados, presentándose en cambio mayor número de complicaciones, consecuencias de recidivas y de afectos crónicos.

Víctima de uno de estos casos ha sido el ilustre radiólogo Dr. Calatayud Costa, profesor de la Facultad de Madrid. Calatayud muere joven y cuando su personalidad científica se acusaba más brillante mente. Con dolor registramos esta baja de un gran trabajador y un inteligente maestro del que la labor de sus múltiples publicaciones marcará huella profunda en el adelanto de la especialidad y cuyo recuerdo vivirá entre los compañeros y discípulos suyos, que fueron gran número.

Hemos de anotar en la crónica de esta semana el feliz suceso del restablecimiento de nuestro muy querido amigo y colaborador el Dr. D. José Francisco Rodríguez. Durante muchos días nos ha ensom-

brecido el ánimo el temor de un desenlace triste a su dolencia, pero al fin la sin par energía de su naturaleza ha vencido los riesgos de la enfermedad, y hoy hace ya su vida casi normal, para bien de tantas obras como penden de su siempre acertada y noble gestión y para esperanza de cuanto ha de sumarse a su gloriosa historia en lo futuro.

Se ha constituido una nueva entidad de estudios médicos bajo la rúbrica Sociedad Española de Tisiología, que se propone celebrar sesiones de discusión de los temas de su especialidad y organizar cursos y conferencias de perfeccionamiento de estudio de materias de Tisiología, así como la publicación de unos Anales de la Sociedad en que se reúna lo más relevante de sus actuaciones.

Deseamos todo género de prosperidades a la nueva Sociedad Española de Tisiología, en cuya fundación han intervenido numerosos y destacados prácticos junto con los más brillantes elementos de la juventud médica significada en sus materias.

Ha sido anunciada oficialmente la celebración en Madrid, durante el mes de Septiembre de 1932, del II Congreso Internacional de Otorrinolaringología, que por las figuras que forman en su Comité de organización, presididas por el gran maestro Tapia y el ilustre profesor de Barcelona D. Fernando Casadesús, promete ser un Congreso de muchísimas campanillas, como se merece esta especialidad ejercida en España en forma tan brillante.

Los practicantes titulares se agitan llenos de noble deseo de que se cuente con ellos en la resolución de los problemas sanitarios de España, y la opinión pública se mueve en favor de sus aspiraciones, requiriendo a los Municipios y Diputaciones provinciales para que resuelvan la situación de estos sanitarios, siempre dejados al margen de toda mejora. EL SIGLO MEDICO se suma calurosamente a este llamamiento en pro de una clase que deberá siempre estar en tan estrecha relación con

la médica y cuyos mejoramientos económicos resultan ya tan angustiosamente necesarios.

A estas notas debe aún sumarse la actuación de los elementos médicos en reuniones científicas, pródigas en número y notables en su labor, que por su constancia y méritos mantienen a la clase médica en la cabeza del movimiento cultural de la nación. ¡Lástima que a las veces se olvide el cultivo puro de la ciencia, nublados los ánimos por influencias de un ambiente de desequilibrio político-social, con engañosas apariencias de un redencionismo impreciso, inconciso y, lo que es más doloroso, explotado por las larvas de la temeridad y del despecho pasional y torpe!

DECIO CARLAN

LA COMISION DE LA IGUALA

Para satisfacer la natural ansiedad de cuantos se interesan, o por el estudio que acerca de la reglamentación de la Iguala ha sido encomendado por el Ministerio de la Gobernación a una Comisión especial, constituida por prestigiosos compañeros, nos es grato poner al corriente a nuestros lectores de las informaciones que nos ha sido dable recoger.

Existe el decidido propósito de hacer un estudio rápido, pero muy acabado de la cuestión. Para ello se ha redactado, de acuerdo con la Dirección general de Sanidad, un proyecto de Cuestionario que se ha enviado a estudio de los miembros de la Comisión y que, debidamente rectificado, será base de una información que permita conocer todos los elementos de juicio precisos. Además, cuantos se interesen en España por estas cuestiones serán invitados para que envíen prontamente sus trabajos o sus opiniones a la Presidencia de la Comisión.

A fin de estudiar los elementos ya existentes y fijar una orientación para llevar a feliz término la misión encomendada, está convocado el Pleno de la Comisión de la Iguala para el día 8 del próximo Febrero, a las diez y media de la mañana, en la Sala de Juntas del Colegio de Médicos (Esparteros, 9).

El Consejo general de los Colegios Médicos de España, en su última sesión acordó que todos los documentos y datos que tiene sobre esta materia se pongan a disposición de la Comisión; dar un voto de confianza a su presidente para que ostente la más amplia representación de aquellas Corporaciones en el seno de la misma, y—en atención a estar este asunto dentro de la acción de competencia de los Colegios—que se costeen por estos organismos todos los gastos que se originen, así como también los de la información general que se proyecta.

Destácase, pues, de un modo evidente el entusiasmo y la buena voluntad que, tanto los miembros de la Comisión como los representantes de los Colegios Médicos, están poniendo, para que el estudio que ha de hacerse, además de reunir todos los requisitos indispensables de acierto, ofrezca las máximas garantías de positiva y pronta eficacia.

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

SOCIEDAD DE OFTALMOLOGÍA

Sesión del 20 de Enero de 1931.

Dr. Marín Enciso: Presenta su comunicación sobre ectropión operado con colgajo único.

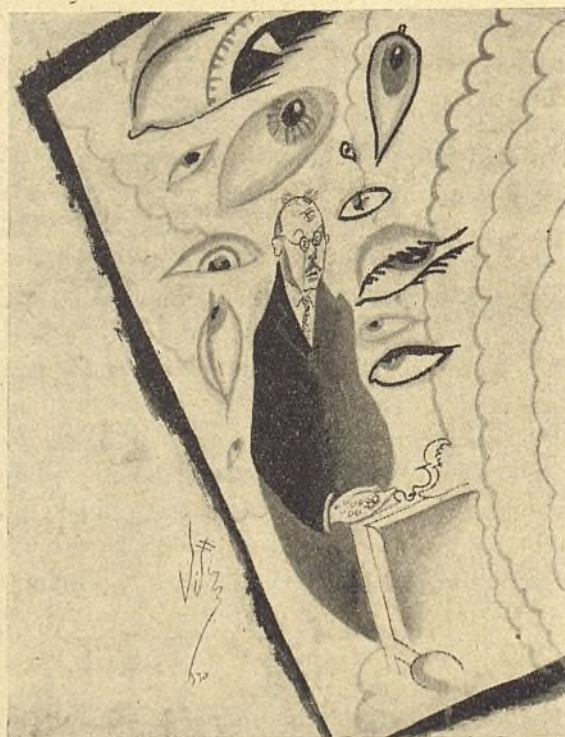
En una mujer padeciendo un ectropión cicatrizal del párpado inferior del ojo derecho consecutivo a la aplicación de radio, después de liberar la cicatriz, es aplicado un injerto tomado de la cara interna del brazo, lográndose un resultado funcional y estético muy satisfactorio.

Interviene el Dr. Mansilla, que felicita al comunicante, dando éste las gracias.

Dr. Renedo: Ruega a la Sociedad se aplase hasta la próxima sesión su comunicación anunciada sobre curación de un éxtasis papilar doble, para tener el placer de escuchar al ilustre oculista de Buenos Aires, Dr. Forten, que, de paso en Madrid, va a honrarnos haciéndonos conocer las ideas principales sobre su teoría de la génesis del glaucoma.

Hecha la presentación por el Dr. Márquez, el Dr. Forten, autor de interesantes trabajos de histología de la retina, base de una curiosa hipótesis sobre la acomodación, saluda a la Sociedad de Madrid en nombre de los oculistas argentinos.

Dice que sin pretender resolver el problema de la génesis del glaucoma, asunto objeto de incesantes trabajos desde hace varios decenios y a pesar de esto lleno de obscuridad, cree que el músculo ciliar juega un papel muy activo. Este músculo, por la manera de insertarse sus fibras sobre los vasos ciliares, actuaría como constrictor de las arterias limitando la entrada de sangre y como dilatador de la red venosa favoreciendo su salida. Señala la falta de propiedad



Una impresión de Márquez, por Vítin.

del nombre asignado al ligamento pertíneo, que no es un ligamento, sino más bien un filtro que permite una salida

FOLICULINA MENFORMON



HORMONA OVARICA PURA EN AMPOLLAS
DE 40 UNIDADES Y GRAGEAS DE 100 Y 500
UNIDADES

INDICACIONES: CASOS GRAVES O AVANZADOS DE HIPO O DISFUNCION OVARICA

MUESTRAS Y LITERATURA
E.F.E.Y.N.
APARTADO
9009



HORMONA OVARICA
EN TABLETAS
SEGUN EL METODO DEL
PROF. ZONDEK
CON UNIDADES DE
FOLICULINA

INDICACIONES:
TODOS LOS
CASOS DE HIPO O DISFUN-
CION OVARICA.

MUESTRAS Y LITERATURA
E.F.E.Y.N.
APARTADO
9009

OVOWOP

Ayuntamiento de Madrid

HEMORROIDES



SUPOSITORIOS MIDY

Adreno-estípticos

4

principios activos
de ahí su eficacia
cierta

HEMORROIDES

Cada Supositorio
o 3 gr. de Pomada
contiene:

- Adrenalina 1/4 %.
- Estovaina } 0.06.
- Anestesia }
- Exº de Castañas de India
- frescos Estabilizado 0.02.
- Hamamelis.
- Cupressus.



Adreno-estíptica

POMADA MIDY



POMADA ADRENO-ESTIPTICA
MIDY

MUESTRA:
LABORATORIOS MIDY

HEMORROIDES

4, rue du Colonel Moll, PARIS (Francia).

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 LOBICA, 46, Avenue des Ternes, PARIS (17º) - G. CHENAL, Pharmacien

AGENTE: FRANCISCO MIRABENT, Corcega 418, BARCELONE

mayor o menor de líquido intraocular, según la acción que sobre él ejerce el músculo ciliar.

Dres. Márquez y Mansilla: Agradecen en nombre de los oftalmólogos españoles el saludo de los argentinos, y ruegan al Dr. Forten sea el intérprete de los sentimientos de confraternidad de los oculistas madrileños para con sus colegas de Buenos Aires.

A continuación de la sesión científica se celebró Junta general, en la que, después de nombrar miembros de la directiva a los Sres. Mansilla, presidente; Marín y Castro, vocales; Basterra, tesorero, y Arjona, secretario, se acordó que atendiendo a la buena acogida que en EL SIGLO MEDICO han hallado siempre todos los asuntos que interesan a la Sociedad, se remitan a esta prestigiosa Revista las actas íntegras, que en su día han de reunirse en un folleto, con el fin de que alcancen la mayor difusión los trabajos de los oculistas madrileños.

EL SIGLO MEDICO agradece y acepta satisfecho el voto unánime de simpatía de la Sociedad de Oftalmología.

Nosotros, al recoger los valiosos trabajos de los oculistas madrileños, no hemos hecho sino cumplir nuestro programa de difundir los avances que a la ciencia aportan a diario los hombres de valer.

Es evidente que el acuerdo nos enorgullece, y nos obliga aún más a cumplir nuestro deber, honrándonos en ofrecer nuestras columnas a los oculistas españoles.

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

Sesión del día 21 de Enero de 1931,

Presidencia, Dr. Bejarano.

Dr. Caro Patón: Presenta un caso de *pénfigo vegetante*. Se trata de una enferma de cuarenta y nueve años que como único antecedente refiere haber padecido viruelas a los catorce años. Hace tres meses le apareció inflamación y ulceración endonasal. Posteriormente fueron sucesivamente apareciendo lesiones ulcerosas vegetantes en el cuello, espalda, muslos, etc. El estado general fué afectándose al propio tiempo. Fué tratada con neosalvarsán y autohematoterapia, con lo cual empeoró. En Enero, a comienzos, fué vista por el comunicante y diagnosticada de *pénfigo vegetante*. El examen hemático mostraba anemia, anisocitosis, 15.000 leucocitos, 67 polinucleares, 25 linfocitos, 4 monocitos y 2 eosinófilos. En aquel momento, las lesiones más abundantes en ingles y nalgas. El signo de Nicholski, positivo.

A pesar de lo discretas que son las lesiones vegetantes, no duda en considerarlo un genuino *pénfigo vegetante*. En este momento se plantea la interrogación de si el *pénfigo vegetante* es una entidad autónoma, como afirma Neumann, o únicamente una forma del vulgar.

En el capítulo del tratamiento, no marchan uniformes los criterios. Mientras algunos consideran el neosalvarsán como el tratamiento de elección y Gougerot cree que si se agravan con él al comienzo mejoran más tarde, otros, como Janssion, Lostat-Jacob y Milian, lo reputan de peligroso. El xilol también ha sido prescrito, así como la vacuna antivariólica, especialmente por Goer. En vista de estas discrepancias, consulta a la Academia el criterio a seguir en este caso.

Dr. Hombría (R.): Felicita al autor y a la Academia por la interesante aportación. En lo referente al tratamiento, refiere un caso actualmente sometido a sus cuida-

dos. Se trata de un enfermo cuyas lesiones simulaban una sifilide papulosa vegetante en sabana, que sólo por el examen ultramicroscópico negativo y los caracteres anatómopatológicos pudo ser diagnosticado de *pénfigo vegetante*. Está de acuerdo en que muy poco o nada existe en lo referente al tratamiento de esta afección. Sin embargo, influenciado por los resultados obtenidos con la radioterapia del simpático en el Durhing, inició en su enfermo el mismo tratamiento. Después de la segunda sesión ha mejorado el estado general y han bajado de relieve las lesiones. Sin embargo, no preconiza este tratamiento, sino que lo señala.

Dr. Covisa: Felicita igualmente al Dr. Caro Patón, y señala los aciertos que existen en la observación de este caso. Se muestra partidario de la individualización clínica del *pénfigo vegetante*. En lo referente a la terapéutica, cree difícil poder dar una orientación. Refiere un caso de evolución benigna. Su criterio es balneoterapia antiséptica con permanganato (5 gramos por baño), en baños prolongados, y, como decía Hombría, radioterapia del simpático.

Dr. Sáinz de Aja: Habla de los casos favorables con los arsenicales pentavalentes. Se muestra conforme con la aportación terapéutica de Hombría; habla de la punción lumbar y de la vacuna antivariólica.

Dr. Bejarano: Agradece en nombre de la Academia la aportación de casos tan interesantes. Refiere el valor pronóstico de la eosinofilia, que su desaparición se produjo en un caso suyo dos días antes de la muerte. En el tratamiento arsenicales pentavalentes y radioterapia.

Dr. Hombría (R.): Presenta un caso de psoriasis en un niño curado por la radioterapia del timo. Este es el primer caso de éxito obtenido por él. Los rayos X pueden actuar en estos casos por excitación o por destrucción de las células linfoides de la cápsula del timo.

Dr. Bertoloty: Presenta un caso de *Reumatismo muscular gonocócico* en un individuo de veinticuatro años que fué contagiado por una prostituta a los ocho. Se trata de un caso de reumatismo muscular generalizado de origen blenorragico, acerca de cuya etiología no cabe dudar por la presencia de gonococos en el semen.

Con objeto de valorar la acción de los colorantes en las formas reumatoideas, va a emplear en este caso las inyecciones de tripaflavina.

Dr. Tomé Bona: Presenta un caso de *Hemiplejía sifilítica y reulceración chancrosa*. Se trata de un enfermo de veintiocho años que hace un año tuvo un chancre genital que curó rápidamente con tratamiento tópico. Un mes más tarde, y sin nueva inoculación, nueva lesión genital indurada del surco, que fué tratada con seis inyecciones de neo y 10 de bismuto, mejorando casi por completo la lesión. Desde entonces, sin manifestaciones ni tratamiento hasta Noviembre último, se le reulceró la lesión genital, al propio tiempo que se le produjo una hemiplejía derecha de un modo rápido. La lesión genital era grande, muy dura y con un orificio central en comunicación con el linfático dorsal del pene, por el que fluía abundante supuración. Se comprueba la hemiparesia derecha y una abolición de los reflejos rotulianos y aquileos. El examen ultramicroscópico del chancre, positivo. Todas las reacciones serológicas, fuertemente positivas. En el líquido, las globulinas positivas; el Wassermann negativo a todas las dosis y una cuña en el Lange.

Con este motivo el autor plantea el diagnóstico diferencial con una reinfección, superinfección, sifilide secundaria o una reulceración chancrosa; y después de algunas consideraciones para negar la pluralidad de los gérmenes de la sífilis, termina diagnosticando la lesión de una reulceración

chancrosa, con fistulización del linfático dorsal del pene. Las lesiones nerviosas corresponden a una vascularitis cerebromedular de origen sífilítico, a pesar de la negatividad del Wassermann en el líquido, ya que Nonne describe muchos casos en un todo identificables con el presentado por el Dr. Tomé Bona.

Dr. Bejarano: Felicita al comunicante por su aportación interesantísima. Se muestra conforme en un todo con los datos expuestos por él.

Subraya la precocidad de la vascularitis y la presencia de una linfangitis sífilítica abierta.

Dr. Muñuzuri: Presenta un caso de *Microsporide de tipo eczematide pitiriasiforme, consecutiva a microsporia de cuero cabelludo*. Piensa el autor que se trata de un caso de alergia cutánea producida por el micropiron que parasita el cuero cabelludo, y que las lesiones de la piel son microspórides análogas a las tricofitides descritas por Bloch y otros, hecho que pudo comprobarse con la terapéutica específica.

Dr. Covisa: Considera muy raros los casos como el que ha presentado el autor, y éste es particularmente interesante por lo característico.

Dr. Bejarano: Presenta un caso de extraordinario interés. Se trata de un individuo extremeño, diagnosticado de lepra tuberosa, que ingresó en su servicio del Hospital de San Juan de Dios. En su aspecto objetivo cabía cualquier confusión. Sin embargo, la facies era más leproide que leprosa. Eran formaciones neoplásicas, limitadas por surcos longitudinales, que no adquirían nunca la forma poliédrica o redondeada de los lepromas genuinos. El examen de moco fué repetidas veces subjetivo, lo cual es absolutamente excepcional en la forma tuberosa pura, que era la que recordaba el enfermo.

Las mayores dificultades del diagnóstico diferencial de la lepra se encuentran en los procesos hematológicos. El examen de la sangre de este enfermo mostraba: Hematíes, 5.327.000; leucocitos, 21.200; linfocitos, 81; monocitos, 2; neutrófilos, 18; eosinófilos, 0. Ante este hecho fué diagnosticado de *Linfosis pseudoleucémica cutis*.

Dr. Sáinz de Aja: Da lectura a una comunicación con el título de *Epididimitis no gonocócicas*. En este trabajo da cuenta de un caso nuevo y de otro ya publicado. Entre los urólogos estos casos son insustanciales; pero entre los venereólogos aún son una novedad. El primer caso referido se trata de una epididimitis de estreptococo puro; el segundo estaba en relación con brotes apendiculares, pensando el autor que este síndrome doloroso testicular puede en algunos casos ser un signo revelador de apendicitis larvadas.

Dr. Covisa: Refiere algunos casos de su práctica personal. No comprende claramente las relaciones que pueda haber entre el apéndice y la epididimitis.

Dr. Bertoloty: Menciona un reciente caso suyo e insiste en la utilidad de la punción diagnóstica del epidídimo.—*Dr. M.*

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 26 de Enero de 1931.

PRÓTESIS EN CELULOIDE

Dr. F. López de la Garma: Nuestra principal idea es llamar la atención sobre una cuestión tan abandonada generalmente en nuestro país como es la construcción de prótesis.

Innumerables han sido los materiales empleados para la confección de prótesis, como también las preferencias alter-

nativas por unos u otros (madera, cuero, fibra, metales), en los modelos utilizados que puede decirse son infinitos.

Hoy casi todos los centros ortopédicos fabrican dos tipos de prótesis para amputados: el clásico pilón, más o menos perfeccionado, y el fabricado en madera, o bien en cuero endurecido con refuerzos metálicos; excepcionalmente algunos constructores abogan por las piernas metálicas.

Estando en boga para múltiples usos el celuloide, se ha empleado en la construcción de prótesis. Llevamos algún tiempo fabricando prótesis diversas con este material; el exponer nuestros resultados es otra finalidad de este trabajo.

Entre los inconvenientes principales que se oponen al empleo del celuloide figuran: dificultades de confección, fáciles de resolver por personal obrero habituado a su manejo; necesidad de obtener previamente moldes de escaloja, de que depende la mayor o menor perfección de la prótesis; la deformación del celuloide por el calor y por el uso, que puede darse resuelto incluyendo en el espesor del celuloide núcleos de alambre de acero convenientemente orientados.

En nuestra práctica hemos comprobado dos serios inconvenientes en las prótesis en celuloide: el precio elevado de la construcción; el recalentamiento que el uso de la prótesis en celuloide produce, que en ocasiones llega a producir deterioro de la prótesis y lesiones cutáneas, sin que sea suficiente para evitarlo el perforado de toda la superficie de la prótesis.

No obstante las desventajas enumeradas, el celuloide presenta numerosas cualidades que le hacen insustituible en la moderna ortopedia.

Dr. B. Landete Aragón.—Al ver anunciada esta comunicación he tratado de relacionarla con las prótesis utilizadas con celuloide en boca. Con esta presentación tratamos de completar y demostrar una vez más que si el celuloide es perfectamente tolerable sobre las mucosas, lo será mejor sobre la piel. Su menor tolerancia se debe a su falta de permeabilidad.

En prótesis bucal se emplean otras substancias (carnalita) que las da un tono de naturalidad intensa con la región a colocarlas; las hace más estéticas, de menor peso y más limpias.

LA DIABETES RENAL

Dr. M. Izquierdo Hernández: Expongamos algunos hechos sobre diabetes renal con motivo de un caso clínico:

S. M., de diecisiete años; sarampión con otitis a los veintidós meses; menarquia a los doce años y regla de tipo 29/3 ligeramente dismenorreica. Hace siete meses, escasa supuración de oído. Hace un año un examen de orina acusa glucosuria de 8 gramos por litro, sin acetona; la dietética y el tratamiento insulínico no consiguen nada; glucosuria que persiste en cantidades similares; con sólo régimen a veces ha llegado a desaparecer.

La exploración que realizamos descubre: glucosuria; función renal perfecta; curva de glucemia normal (0,83, 1,17, 1,00) con 25 gramos de glucosa en ayunas.

Es una muchacha algo pálida, de tinte colémico; constitución normal; corazón erético, sin síntomas apreciables de lesión orgánica; intensa hipotensión arterial (8,5 y 5,6, Tycos).

Se diagnostica: glucosuria pasajera e hipotensión arterial.

En Octubre último: mejor estado general y 11 y 6,5 (Tycos) de tensión arterial, pero con glucosuria; la curva de glucemia (con 25 gramos de glucosa) da: 0,81, 0,92, 0,78 (valoraciones cada media hora). Hora y media de la última valoración de glucemia: 4,32 por 1.000 de glucosa en orina.

Después de una comida, con ingestión de unos 100 gramos de hidratos de carbono, se eliminan 3,77 gramos. La prueba de la insulina en ayunas no provoca el menor trastorno. Tampoco influyen sobre la glucosuria diez unidades diarias de insulina.

Estamos ante un caso de diabetes renal, aunque su eliminación de glucosa por la orina, después de la curva de glucemia, no sea tan intensa como las de otros enfermos publicados por diversos autores. Hay que tener en cuenta que practicamos la curva de glucemia con sólo 25 gramos de glucosa.

Lo más importante del problema de la diabetes renal es su patogenia. Con Faber consideramos que la diabetes renal es la consecuencia de una constitución individual, sin que sea, por tanto, una verdadera enfermedad. Está caracterizada por una eliminación de glucosa por la orina ante la ingestión de hidratos de carbono sin la correspondiente hiperglucemia; es decir, que sin existir ésta hay glucosuria, lo que prueba una disminución del dintel renal para la glucosa. Esto es lo verdaderamente patognomónico del síndrome. El dintel renal es el factor más importante de la diabetes renal; normalmente es de 1,60, pero con grandes variaciones individuales.

Disminución del dintel renal para la glucosa se tiene en el embarazo; dintel renal que se eleva según se aleja la fecha del embarazo (Faber). Si bien no son raras las glucosurias con ocasión de nuevo embarazo (Nóvoa Santos), hemos de ser muy cautos en este diagnóstico; si bien hay disminución del dintel renal, con mucha frecuencia estas glucosurias del embarazo, estas glucosurias renales así consideradas, terminan en verdaderas diabetes o responden a estados de hiperglucemias aglucosúricas que sólo por la gestación dan glucosa en orina. Contribuye a la confusión el que el embarazo puede dar curvas altas de glucemia por gestosis hepática.

Modernamente el descenso del dintel renal se explica por hipocalcemia o bien a alteraciones inervatorias del vago (Hildebrandt); nosotros imaginamos que la diabetes renal puede presentarse durante la gestación dada la hipocalcemia que durante la misma existe (Haro y Benítez).

Otro punto interesante de la diabetes renal es su evolución. Diversos autores (Joslin) sospechan que estos enfermos terminan en diabetes verdadera. Carrasco Cadenas ha publicado tres casos en que su curva de glucemia y su escalón renal han ido elevándose hacia el tipo francamente diabético.

En los casos de diabetes renal creemos muy oportuno el empleo de la insulina, siempre en dosis pequeñas y acompañada de un régimen más rico en hidratos de carbono para tener a raya la posible hipoglucemia.

Dr. E. Oliver Pascual: Quiero contribuir con un caso de diabetes renal muy curioso que vengo observando desde hace algún tiempo. Se trata de una familia numerosa, de varios hermanos (nueve), de los cuales dos tienen una diabetes renal, más precisamente se pudiera llamar diabetes ortoglucémica transitoria; con cifra normal y aun subnormal de glucemia eliminan de 2 a 3 gramos de glucosa por orina. Ambos hermanos tienen la curiosidad, que no es lo publicado, de ser los dos hipotiroideos genuinos, con metabolismo basal bajo, de -20 por 100 y -30 por 100 , respectivamente, con oscilaciones, pero constantemente repetidas estas cifras en el curso de la enfermedad. Los restantes miembros de la familia tienen otras alteraciones endocrinas. Los hermanos pequeños, en la infancia han tenido dos de ellos crisis eclámpicas con ocasión de pequeñas infecciones infantiles, que por existir hoy hipocalcemia las relacionamos con paratiroidismo constitucional.

Es tanto más curioso este último hecho cuanto que recientemente Jerte ha publicado los protocolos de una familia que alcanza, con los colaterales, 161 miembros, de los cuales 121 tienen glucosuria ortoglucémica o normoglucémica. Estos hechos corroboran la suposición que hemos presentado ante otros casos semejantes: que la llamada diabetes renal es un trastorno familiar y heredable.

Estamos de acuerdo con Izquierdo en cuanto a lo que ha expuesto, en conformidad con lo publicado por Falta, en relación a la patogenia de la diabetes renal. Hoy por hoy debemos decir que es cuestión muy debatida. Consideramos la diabetes renal en relación con la glucemia y la glucosuria, y mirada la cuestión con arreglo a los conocimientos sobre la regulación de los hidratos de carbono, no es precisamente lo más científico. Al propio tiempo que la sangre pasa por el riñón, también lo hace por otros tejidos que pueden tener más avidez por la glucosa, y, por consiguiente, puede haber también una porción de cambios dentro de la sangre y del riñón capaces de evitar el paso de la glucosa a su través. Es que en la regulación del recambio de los hidratos de carbono intervienen no sólo estos dos factores, sino también la cuestión de la regulación tixural, que hoy es lo que se mide menos bien. La demostración es que no tenemos una buena prueba de la insuficiencia insular; los cambios de la glucemia no es criterio de insuficiencia insular. Buena prueba de ello es que todos los autores que se ocupan de este asunto, como las escuelas alemana, norteamericana, húngara y vienesa, están preocupados con la cuestión de si en un caso con curva llamada de tipo diabético, cuando no hay síntomas diabéticos en el enfermo, ni herencia ni las restantes características, saber si se trata de insuficiencia insular o no. Lo lógico es pensar que en casi todos estos casos colabora más o menos el páncreas; es un sistema en el cual colabora la historregulación; tenemos que en muchos casos de diabetes no encontramos ni pocas ni muchas lesiones del páncreas, aunque esto no quiera decir que existan o no, o bien se trate de trastorno funcional.

Cualquiera de las pruebas empleadas hoy para la exploración de la insuficiencia insular no son lo suficientemente precisas, por lo menos como nosotros las empleamos (con sangre capilar, venosa y arterial), o por lo menos no muy seguras para afirmar si hay o no insuficiencia insular. Tenemos casos de diabéticos típicos, con indudable insuficiencia insular, en los que las pruebas citadas no han dado resultado completo; también tenemos casos en contrario.

Creemos que la patogenia o fisiopatología de la diabetes renal se debe orientar en el sentido no sólo del páncreas y del riñón, sino también del gran sistema en el que colabora todo el organismo. Principalmente en la llamada diabetes renal lo de menos es el páncreas, como también el riñón; los procedimientos para medir funcionalmente el riñón no nos dicen que este órgano está lesionado; hay que recurrir a la insuficiencia específica para la glucosa para decir que se trata de diabetes renal; la evolución de la mayor parte de los casos no lo comprueba. Los casos típicos de diabetes renal en la autopsia no han demostrado lesiones renales, ni tampoco una menor resistencia por parte del riñón, como sería lógico si la causa renal fuera la causa de la glucosuria. Claro que sería absurdo negar al riñón como órgano que interviene en la regulación de la glucosuria.

Estos casos de diabetes renal también debemos explorarlos desde el punto de vista de la insuficiencia tixural; de la relación insulina-adrenalina, así como de los restantes recambios, la relación de alcalinidad y acidez del plasma y demás hechos metabólicos, de mucho interés para aclarar la fisiología patológica de la llamada diabetes renal.

Dr. E. Carrasco Cadenas: El problema de la diabetes renal es muy interesante; de su forma de resolverlo acaso depende el diagnóstico de una afección que el médico no tiene nada que hacer, o bien de una afección que sea susceptible de tratamiento y tan grave como la diabetes mellitus. Es cuestión de interés clínico, pero de diagnóstico difícil, diagnóstico basado en el estudio de la curva de glucemia paralelamente al estudio de la orina en cuanto a presencia de glucosa. Es lo que hacemos en todos los casos.

Cuando nos hablan de familias de diabéticos renales nos ponemos en guardia antes de aceptar este diagnóstico; cuando existe este carácter familiar dudo del verdadero diagnóstico de diabetes renal. Al presentármese estos casos siempre he apurado todos los medios para el diagnóstico, y en varios he podido demostrar que se trataba de diabetes mellitus.

Al dato que hasta aquí se ha dado más valor en este diagnóstico de diabetes renal no es lo más cierto; es decir, que las glucosurias de la diabetes renal son independientes de la alimentación no es completamente cierto. Creemos que la glucosuria en la diabetes renal está relacionada muy estrechamente con la alimentación. Hecha la curva de glucemia, podemos no obtener una curva alta; puede ser curva normal; pero investigando la glucemia de diferentes horas del día podemos encontrar que después de la ingestión de glucosa aparezca intensa la glucemia, cuando se hace aporte de mayor cantidad de glucosa en sangre. Así sucede que después del desayuno la glucemia se eleva un poco; algo más después de la comida, etc. Se verá que con diferentes comidas podemos tener variaciones de la glucemia, variaciones con la ingestión de glucosa y variación en diferentes momentos del día. Carácter a considerar como propio de diabetes renal o bien de diabetes mellitus, según la cantidad de glucosa ingerida en el momento de la prueba o con la alimentación. El problema no es cuestión de técnica. La verdadera cuestión es que con una sola curva de glucemia no se puede hacer diagnóstico del diabético. Precisa hacer varias curvas de glucemia y con variables cantidades de glucosa. Es la manera de precisar bien su dintel renal, y siempre antes de dar como completamente seguro el diagnóstico de diabetes renal. Antes de sentar este diagnóstico hay que asegurarse bien que no hay hiperglucemia con mayores cantidades de glucosa. Es como presentamos el problema diagnóstico en toda familia que se dice de diabetes renal, a más de considerar la evolución y siempre antes de afirmar que no se trata de verdadera diabetes.

Otro punto interesante es el referente a la patogenia de la diabetes renal. Al hablar de diabetes renal no entendemos una diabetes que sea una enfermedad propia del riñón. Nuestro concepto es más amplio. Hablamos de diabetes renal por admitir el nombre consagrado. Puede ser diabetes simple o bien diabetes insular, aunque esto es criticable. Creemos que el riñón es permeable a la glucosa, no por lesión del propio riñón, sino por algo que nosotros todavía desconocemos. Ahora se habla de la calcemia en cuanto a la patogenia de la diabetes renal, teniendo en apoyo que las embarazadas son hipocalcémicas y en ellas es muy frecuente la glucosuria, ésta como diabetes renal. Pero pronto aportaremos un trabajo sobre metabolismo mineral que consideramos de alguna influencia sobre las variaciones escalón renal; hemos estudiado en este trabajo, además del nitrógeno en sangre, el cloro, el sodio y el calcio. Es como hemos encontrado diabéticos con escalón renal bajo y con calcemia normal. Nos parece que si hay diabéticos verdaderos con escalón renal bajo y con calcemia normal, acaso también el diabético renal pueda presentar calcemia normal.

Punto interesante y que hablaría a favor que la diabetes renal es una enfermedad hermana, o lo mismo que la diabetes mellitus o, mejor dicho, una manifestación de esta enfermedad, por lo que aquélla no debe llamarse diabetes extrainsular, es el referente a la influencia que sobre la glucosa ejerce la insulina. Sucede que el organismo para el aprovechamiento de la glucosa la convierte en una forma especial, en la neoglucosa; acaso el trastorno en la diabetes renal recaiga en este momento; punto en que la glucosa no se transforma completamente en neoglucosa; parte que que queda circulando en el organismo en forma de glucosa no utilizable, y por ello se elimina por el riñón. Acaso ésta pueda ser una explicación más clara de la diabetes renal.

Si hablamos ahora de que las glucosurias renales pueden transformarse en diabetes puras, digamos que existen varios casos clínicos, lo que prueba que el médico debe ser muy parco en afirmar que un diabético renal no será diabético mellitus. Lo prueba el caso expuesto por Izquierdo; presentó acetonuria, evidenciando su trastorno metabólico. Es lo práctico aconsejar en estos enfermos la observación, pero con la convicción de que algún día parte de ellos pueden transformarse en diabetes mellitus.

En cuanto al empleo de la insulina en estos enfermos de la llamada diabetes renal, nosotros la empleamos en dosis pequeñas y siempre con la vigilancia y régimen para librarlos de la hipoglucemia postinsulínica; la empleamos en especial porque creemos que les es útil a estos enfermos, porque así pueden transformar más rápidamente la glucosa en forma de glucosa activa. Con esta práctica no hemos visto trastorno alguno. Además, experimentalmente en animales con circulación artificial se ha conseguido, añadiendo al líquido circulante insulina, aumentar el escalón renal para la glucosa.

Dr. G. Marañón y Posadillo: En esta cuestión resalta ante todo la enorme rareza de la diabetes renal. En cerca de veinte años de ejercicio profesional, habiendo visto muchos diabéticos, es el caso presentado por Izquierdo el único en el que hemos hecho el diagnóstico de diabetes renal. En nuestro protocolo clínico tenemos diez o doce casos llegados a nosotros como tales diabéticos renales y, estudiados completamente, nos convencimos que no eran diabéticos renales.

Somos de la opinión que la diabetes renal, aun en los casos genuinos, es una enfermedad muy próxima, muy cercana a la diabetes verdadera. En el caso presentado ha habido fenómenos acidóticos, indicando así un tipo de trastorno de la regulación hidrocarbonada, a más que la misma enferma había presentado síntomas diabéticos (forunculosis repetidas, supuración de oído persistente).

No creo que nadie pueda decir que un caso determinado sea de diabetes renal sin que hayan pasado varios años de observación. Ejemplo tenemos de esta transformación de la diabetes renal en diabetes verdadera en las glucosurias del embarazo. Nuestra experiencia se refiere a embarazadas con las características de la diabetes renal que al poco tiempo presentan todas las características de la diabetes verdadera.

Quiero insistir en la enorme rareza de la diabetes renal cuando se diagnostica bien; igualmente que es una enfermedad vecina a la diabetes corriente.

Dr. G. R. Lafora: En el asunto a debatir hay casos difíciles de interpretar y conviene citar para conocimiento. Hace tiempo tenemos en tratamiento una enferma mental en la que hemos explorado: curva de glucemia, dintel renal para la glucosa y glucosuria, por ser éste el criterio que seguimos ahora en nuestros enfermos mentales y nerviosos.

Enferma vista por varios médicos y por nosotros desde hace dos años por una melancolía involutiva; durante varias ocasiones la curva de glucemia siempre acusó hipoglucemia e hipotensión. Enferma que nunca está contenta. Vista por el Dr. Carrasco Cadenas, encontró glucosuria de 2 gramos y curva de glucemia con cifras bajas. Glucosuria que posteriormente se ha comprobado ser temporal; aparece y desaparece, pero siempre con hipoglucemia e hipotensión, coincidiendo durante los períodos menstruales con un síndrome adisoniano, para aclararse la piel y normalizarse el color pasados ocho o diez días de la regla. Además, es enferma hipertiroidea; la calcemia es baja. Tratada en uno de los meses con calcio intravenoso, la calcemia y la glucemia siguen bajas y sin glucosuria. (Dr. Oliver Pascual.)

Tenemos, pues, una enferma con hipoglucemia alimenticia, glucosuria en varias ocasiones, síndrome melancólico (muy mejorado), síntomas hipertiroideos, hipocalcemia y síndrome suprarrenal.

Además, hemos visto otros dos enfermos neuróticos que han presentado glucemia alimenticia normal, sin glucosuria, pero el dintel renal para la glucosa bajo; los dos, con ingestión de 25 gramos de glucosa, han tenido en orina, respectivamente, 2 y $3\frac{1}{2}$ gramos de azúcar a la hora de dicha ingestión. Esto repetido en varias ocasiones y siempre los mismos resultados.

¿Son enfermos que se pueden considerar como de diabetes renal? ¿En qué diagnóstico se pueden encajar?

NUÉVAS OBSERVACIONES SOBRE EL PROBLEMA DE LA FEBRÍCULA

Dr. G. Marañón y Posadillo: En la sesión inaugural del curso de 1926-1927 aportamos sobre esta cuestión 243 casos. Expuse varias conclusiones en este discurso y en la actualidad hemos de sumar 126 observaciones más. El estudio de estos casos, de algunos trabajos de estos últimos



tiempos publicados por diversos autores, me permiten exponer algunos puntos de vista nuevos sobre la cuestión de la febrícula.

Los enfermos son siempre los mismos. Enfermo con febrícula, ante el que el médico se sitúa en posición de la mayor responsabilidad, o bien da una interpretación benigna a la febrícula, y entonces el enfermo puede quedar abando-

nado a un proceso que acaso empezó leve y después ya no lo sea, o bien el clínico hace interpretación grave y somete al enfermo a una porción de terapéuticas de grandes dificultades para toda su vida. Es la necesidad de insistir sobre el problema de la febrícula; interpretarle bien es de lo más difícil; en muchos casos no sabemos interpretar científicamente la febrícula.

Barker afirma que el 75 por 100 de los casos de febrícula no se llegan a conocer bien; creemos que del 73 al 75 por 100 de estos enfermos nos pasan sin hacer diagnóstico cierto. De todos modos, ante un enfermo con febrícula, nos debemos colocar en la siguiente situación: ¿Es infecciosa? Si es infecciosa, ¿es tuberculosa o no? No siendo infecciosa, ¿cuáles son las causas que pueden dar la febrícula no infecciosa? Finalmente, ¿qué aconsejar ante estos casos?

Si es infecciosa o no la febrícula, es problema difícil de resolver. Generalmente, son enfermos que se nos presentan con buen estado general y enfermos que requieren muchísimas investigaciones; requieren un instituto médico bien montado para repetir los análisis y bien explorados los enfermos por diferentes especialistas. No pueden ahorrarse los medios exploratorios.

Después de estas investigaciones minuciosas, tanto clínicas como de laboratorio, se puede afirmar en cierto número de casos que tienen foco infeccioso. En un tanto por ciento no despreciable de los mismos se descubre el foco infeccioso.

Queremos llamar la atención sobre dos focos infecciosos: foco infeccioso intestinal; el de los enfermos que tienen colitis. Son numerosos los enfermos que tienen febrícula y que ésta está relacionada con estados de colitis crónica; colitis mucos membranosa; cuando se cura esta colitis, el estado febricular desaparece. Los trabajos de Reichter llaman la atención sobre estos casos. Gárate, de Bilbao, ha publicado varios casos de esta naturaleza. En este grupo hay que citar los casos de febrícula del período previo de neoplasias. Lafora presentó este problema en cuanto a las neoplasias craneales. Febrícula que también se presenta en otras neoplasias. En esta estadística personal tengo varios casos en los que se nos presentan los enfermos con estado de salud excelente y febrícula; varios meses después hemos podido encontrar una neoplasia que en su principio sólo dió como manifestación el síndrome febricular.

Lo interesante es descubrir si el foco infeccioso es de lesión tuberculosa; punto de gran valor pronóstico y terapéutico. En la mayoría de los casos no se puede afirmar esta posibilidad. La evolución de la Medicina ha pasado por varias fases a este respecto. En un principio se diagnosticaba como tal tuberculoso a todos los enfermos con febrícula. En la segunda época se quitaba importancia a este criterio diagnóstico. Finalmente, estamos en un tercer período o fase diagnóstica del foco infeccioso en el que volvemos a dar importancia enorme a la etiología tuberculosa de la febrícula aun cuando la exploración clínica no descubra el foco.

Debemos diferenciar la febrícula expresión de lesión tuberculosa y la febrícula que se presenta en el tuberculoso con infecciones asociadas. El diagnóstico tuberculosis y febrícula es muy difícil; pero en ningún enfermo de febrícula debe dejarse de hacer radiografía y varias radiografías, especialmente en oblicua anterior derecha para así examinar el mediastino posterior, donde muchas veces se encuentran adenopatías responsables de la febrícula.

De todas maneras, hay muchos casos que por ningún procedimiento se llega al descubrimiento del foco tuberculoso, pero como tal lo consideramos.

Hay una porción de casos en los que se puede desechar

la hipótesis infecciosa y entonces hay que resignarse y aceptar que el proceso febricular está producido por alteraciones patológicas no infecciosas. ¿Cuáles son? Hemos insistido en la relación de estos casos con los estados linfáticos y en ellos se encuentran los estigmas morfológicos sanguíneos. Ahora bien, hoy decimos que la inmensa mayoría de la febrículas pertenecen a la mujer. En nuestra estadística se fija 85 por 100 en mujeres, en cuanto a enfermos de más de quince años. En el trabajo de Barker se da 80 por 100 de mujeres. Hecho que podemos considerar en relación con datos patológicos.

En la mujer hay un cierto número de condiciones constitucionales que predisponen a la febrícula. Se trata seguramente de una inestabilidad e irritabilidad de los centros vegetativos térmicos. Varios observadores han fijado que en la mujer la temperatura, aun en estado normal, es mayor que en el hombre, hasta de tres y cuatro décimas de grado más que en el hombre. Existe, pues, en la mujer un tipo de regulación térmica más irritable que en el hombre. Lipsitz demuestra que cuando a un animal hembra se le extirpan los ovarios se produce un estado de hipotermia, lo que no ocurre en el animal macho cuando se extirpan los testículos, y si a un animal castrado se le injerta un testículo la temperatura desciende, y si se le injerta un ovario la temperatura se eleva.

Así parece que la secreción del ovario crea un estado de hipertermia. Hirsfeld ha encontrado esta diferencia de temperatura en el hombre y la mujer, y los homosexuales tienen temperatura mayor que el hombre.

Es seguro que en la mujer hay un estado de irritabilidad o inexcitabilidad de sus centros térmicos que la predisponen a la febrícula. Por este mecanismo estas condiciones son capaces de producir la febrícula. Son muchos los casos de febrícula en clínica que precisan admitir este carácter. Así es como estamos hoy convencidos de que en estas mujeres jóvenes con febrícula de una duración de años, hasta de quince años tenemos registrado en ellas, precisa admitir que se trata puramente de un mecanismo extrainfeccioso de la fiebre. Ahora bien, lo que no debemos hacer es ponernos en la actitud de admitir esta explicación constantemente sin otras exploraciones.

Estos mismos casos obligan a admitir que en la febrícula pueden colaborar ambos mecanismos. Que en la mayoría de los casos se trata de la colaboración de ambos tipos patogénicos de proceso de foco infeccioso latente, muchas veces tuberculoso, y el tipo de predisposición individual ligado al sexo femenino.

El caso más típico lo tenemos en la fiebre hipertiroides. Casi todos los hipertiroides tienen febrícula. Así, las mujeres con hipertiroidismo tienen con gran frecuencia, y más regularmente que el hombre, el estado de febrícula. Sucede que estos casos se dan con especial frecuencia en mujeres, casi siempre en hipertiroides con estigmas linfáticos. Además, el hipertiroidismo se combina muchas veces con la existencia de foco tuberculoso. Nosotros en todo hipertiroides grave pensamos lo primero en la posible existencia de foco tuberculoso, y en el 80 por 100 de los casos se encuentra en la clínica. Vemos, pues, la colaboración de ambos factores.

En esta cuestión lo esencial es observar muchos enfermos y además durante varios años seguidos.

Dr. E. Oliver Pascual: Sólo para aportar un caso curioso de febrícula. Un enfermo, con constitución degenerativa franca, durante mucho tiempo presenta febrícula, coincidiendo con metabolismo basal ligeramente aumentado entre $+14$ y $+16$; la exploración del laboratorio encuentra el recam-

bio hemoglobínico muy acelerado. Hecho de gran interés: en este caso de febrícula existía una gran eliminación de hemoglobina, lo que hizo pensar en lesión de los órganos hematopoyéticos; se trataba de un caso parcial de policitemia.—*M. Aceña.*

* *

BARCELONA

SOCIEDAD DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA DE BARCELONA

Sesión del 6 de Diciembre de 1930.

UNA ENCUESTA EN LA CÁRCEL CON DIFERENTES «TEST» MENTALES. LA PRUEBA DE LA PENALIZACIÓN DE LOS DELITOS.

Dr. J. Fuster: Ha realizado en la Cárcel Modelo de Barcelona un estudio experimental sobre la psicología del delincuente, habiendo utilizado diferentes pruebas psicológicas y sirviéndose especialmente de una que, por ser original, la ha denominado «prueba de la penalización de los delitos». Este estudio ha sido realizado en 250 delincuentes, la mayor parte habituales o recidivantes, que socialmente demuestran la ineficacia de las penas; además, su estudio biológico pone en ellos en evidencia anomalías muy frecuentes, taras hereditarias o adquiridas anatomofisiológicas y psíquicas. Los delincuentes observados se prestaron voluntariamente a realizar las pruebas psicológicas.

Para este estudio procedió a la elaboración de su «test», que consiste en presentar a los delincuentes un número determinado de actos delictivos, expuestos de una manera clara y fácilmente comprensibles, y siendo el delincuente el que debe juzgarlos, actuando solamente de acuerdo con la apreciación que él tenga de la gravedad de la falta, sin tener para nada en cuenta los códigos.

El número de respuestas que corresponden al tipo medio de penalización ha sido muy escaso, lo cual ha permitido dividirlas en exageradas por encima de la media del baremo para cada delito, insuficientes por debajo e imprecisas cuando las respuestas no han sido concretas. Los coeficientes hallados han resultado extraordinariamente bajos y negativos en su mayor parte, y vienen afectados, como era de suponer, dado su valor y la índole del problema, por errores probablemente excesivos, lo cual permite afirmar la ausencia de toda correlación apreciable entre los elementos del problema. Los delincuentes penalizan, en general, insuficientemente, no existiendo relación con la gravedad de la pena y la edad del delincuente.

Discusión.—Dr. Peix: Como todos los «test», peca de generalización.

Dr. E. Mira: Se trata de un estudio sumamente original e interesante. Lo considera como el primer estudio experimental realizado en serio en España. Reconoce que es un trabajo muy penoso, especialmente por el gran número de gráficas que ilustran el trabajo y del que pueden deducirse muchas conclusiones interesantes.

Dr. Sarro: También dice que pueden deducirse más conclusiones de este interesante estudio.

Sesión del 17 de Enero de 1931.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LOS TUMORES DE LA FOSA CRANEAL POSTERIOR

Dr. Antonio Subirana: Empieza haciendo algunas consideraciones acerca del diagnóstico precoz y de las dificultades para distinguir un proceso neoplásico de la fosa posterior de los localizados en otras regiones, principalmente de las zonas prefrontales. Es por ello que considera de

interés el co
la serie cere
por Barré, d
signos pter
dos a una le
drome cereb
(dedo nariz,
manos, etc.
crítica de la
en ella exist
por conocer
prueba vesti
losas de Bar
mostrado qu
prueba vesti

A contin
do en esencia
lenta del nis
importante p
bular, etc.).
mar armónic
dirigidas ha
bular es dis
niatagmus d
desviación d
berg derecho
de Barré del
belosa coexi

A contin
de la disar
servados por
el Centro N
aporta otros
nóstico se v
debe a Barré
ventrículo co
Luska, gliom
so, etc.) exis
biendo prese
alguno, dada
sas, se diagn
signo.

PARA

Dr. J. P
nicas en las
dancia clínic
tran parálisi
quideo que
haberse obt
con datos hu
parálisis o r
serología pos
índole humo
líquido cefal
paralíticos p
tados demen
nos son verd
casos de par
creerlo así la
observadas
posterapéuti
los casos est
con síntomas
y serología c

interés el contribuir al conocimiento de un nuevo signo de la serie cerebelosa: el de la disarmonía vestibular, descrito por Barré, de Strasbourg. Establece las diferencias entre los signos pertenecientes propiamente al cerebelo de los debidos a una lesión del aparato vestibular y agrupa en el síndrome cerebeloso a los signos de las series de Babinski (dedo nariz, talón-rodillas, marionetas, remolsamiento de las manos, etc.), de A. Thomas (pasividad), y luego hace una crítica de la prueba de la indicación de Barany, y dice que si en ella existe un cierto factor cerebeloso, éste está todavía por conocer, debiendo atribuirle únicamente un papel de prueba vestibular. La doctrina de las localizaciones cerebelosas de Barany carece de fundamento, pues Barré ha demostrado que la irrigación del cortex cerebeloso es sólo una prueba vestibular calórica lateralizada y atípica.

A continuación estudia el síndrome vestibular, constituido en esencia por una serie de movimientos lentos (sacudida lenta del nistagmus, desviación de los brazos extendidos, la importante prueba de la plomada de Barré, Romberg vestibular, etc.). El síndrome vestibular puro se podría, pues, llamar armónico. Cuando se observan unas sacudidas lentas dirigidas hacia un lado y otras hacia otro, el síndrome vestibular es disarmónico. Ejemplo: enfermo presentando a un nistagmus derecho (sacudida lenta hacia la izquierda) una desviación de los brazos extendidos hacia la derecha, Romberg derecho, etc. Frente a un caso de disarmonía vestibular de Barré debe sospecharse la existencia de una lesión cerebelosa coexistente.

A continuación, para demostrar la importancia del signo de la disarmonía vestibular, cita algunos casos clínicos observados por él en la Clínica Neurológica de Strasbourg y en el Centro Neuro quirúrgico del Dr. De Martel, de París, y aporta otros de Guillaume y Alojuanine, y en el que el diagnóstico se vió muy facilitado por este nuevo signo que se debe a Barré. En muchos de estos casos (tumor del cuarto ventrículo con prolongación lateral al nivel del agujero de Lusk, glioma del vermis, tumor del ángulo frontocerebeloso, etc.) existe la confirmación operatoria o necróptica, habiendo presentado el signo de la disarmonía vestibular, y en alguno, dada la negatividad de las otras pruebas cerebelosas, se diagnosticó el tumor cerebeloso únicamente por este signo.

PARÁLISIS Y PSEUDOPARÁLISIS GENERALES. VALORACIONES HUMORALES

Dr. J. Pons Balmes: Del estudio de 13 historias clínicas en las que, real o aparentemente, existe una discordancia clínica y humoral, el disertante dice que se encuentran parálisis generales confirmadas con líquido cefalorraquídeo que ha negativado después del tratamiento sin haberse obtenido una mejoría clínica; cuadros paralitiformes con datos humorales negativos y curso ulterior de pseudo-parálisis o no; síndromes clínicos sin aspecto paralítico y serología positiva; variaciones espontáneas y terapéuticas de índole humoral en punciones espaciadas, etc. El análisis del líquido cefalorraquídeo es necesario en todos los cuadros paralíticos para asegurar el diagnóstico, así como en los estados demenciales de tipo escleroso o alcohólico, pues algunos son verdaderas parálisis generales. Parece ser que hay casos de parálisis general con serología negativa. Inducen a creerlo así las reactivaciones o negativaciones espontáneas observadas en el líquido cefalorraquídeo, la negativación postoperatoria en enfermos no mejorados clínicamente y los casos estacionarios de quince y veinticinco años de fecha con síntomas nerviosos y mentales de la serie neurológica y serología casi negativa. El hecho de negativar algunos lí-

quido cefalorraquídeo, espontáneamente o después de practicado un tratamiento, hace creer que la negatividad total o relativa está ligada a la marcha estacionaria o no progresiva de la enfermedad.

Discusión.—Dr. Maza: Tan frecuentes como en la tabes lo son en la parálisis general las aortitis y periaortitis, cuya importancia diagnóstica hace resaltar. Estudia el significado de las gangrenas de origen tabético y arterial.

Dr. Vilato: Cree en la existencia de trastornos alcohólicos y concede valor al hecho de la concordancia clínico-humoral.

Dr. Rodríguez Arias: Llama especialmente la atención del significado de la longevidad en una enfermedad progresiva como la parálisis general y admite la posibilidad de casos reales con reacciones negativas.

Dr. Soler Martín: Señala las dificultades diagnósticas de la era prehumoral.

Dr. R. Sarro: La anatomía patológica confirma la realidad de casos con negatividad humoral y dice que no todos los casos positivos pueden ser calificados de parálisis general. Recuerda la frase de Nonne: «de la clínica al laboratorio y del laboratorio a la clínica».

UN CASO DE ESPASMO DE TORSIÓN

Dres. B. Rodríguez Arias y G. Capó: Se trata de un niño de catorce años de edad, sin antecedentes familiares y personales de interés, que, desde hace más de un año, acusa trastornos claros y progresivos de espasmo de torsión, rotación de la cabeza, tronco y brazos y persistentes mioclonias abdominales. El espasmo estaba, en 1929, localizado en los brazos. Nada encefalítico; líquido cefalorraquídeo negativo; pruebas de insuficiencia hepática negativas, pero con urobilinuria y pigmentos biliares, por haber sido sometido, inoportunamente, en los meses anteriores a una cura arsenical casi tóxica. Sin distonías de actitud. La hioscina y las inyecciones de ciculina mejoraron algo al enfermo, pero una inyección diaria de bulbocapnina mucho más. Descartan la posibilidad de una enfermedad de Wilson una pseudoesclerosis, una atetosis doble y el Parkinson. Se trata de un típico caso de espasmo de torsión, no postencefalítico, no perteneciente a la raza judía, progresivo y favorablemente influenciado por la bulbocapnina. Es el octavo caso observado por los disertantes.

Discusión.—Dr. J. Vilato: Insiste en la exploración de todos los síntomas de la serie encefalítica antes de calificarlo de caso esencial.

Dr. P. Maza: Hace observar las dificultades de estudiar bien el funcionalismo hepático.

Dr. A. Subirana: Acepta el diagnóstico y considera que es un caso clásico a lo Oppenheim, sin distonía de actitud, lo que permite distinguir el espasmo de las distonías de actitud o síndromes distónicos.

**

SOCIEDAD CATALANA DE OTORRINO- LARINGOLOGIA

Sesión del 20 de Enero de 1931.

LAS ETMOIDITIS CRÓNICAS COMO CAUSA DE POLIPOSIS NASAL RECIDIVANTE

Dr. Luis Noves Ubach: No pretende atribuir a las etmoiditis crónicas un papel etiológico único, pero sí tanto o más importante como las demás causas productoras de pólipos. Acepta como muy probable una predisposición especial del individuo, cuya mucosa nasal fácilmente irritable y congestionable explicaría la formación de los pólipos, en cam-

bio no cree en la influencia de la herencia. Dejando aparte las diferentes clases de sinusitis, cita como posibles causas de poliposis la sífilis, la tuberculosis, los cuerpos extraños, especialmente en la infancia; también en la hidrorrea nasal, que una vez extirpadas pueden recidivar debido a la irritación constante producida por las mucosidades nasales. Considera que ante un enfermo afecto de pólipos, una vez practicada la extirpación debe examinar e bien la fosa nasal para conocer el origen del pólipo, y una vez conocido actuar sobre la causa, pues de lo contrario poco o nada se beneficiará el enfermo de la intervención, pues la recidiva es evidente. Historia tres casos que son demostrativos de que el etmoides era el que producía la poliposis; interviniendo según indica el disertante no ha habido recidiva.

Discusión.—Dr. Suñé Medán: Tiene por norma limpiar bien el etmoides en la extirpación de pólipos, que la hace en uno o dos tiempos. Interviene generalmente en dos tiempos, haciendo sistemáticamente en el segundo la intervención etmoidal.

Dr. Alonso Ferrer: Cita tres casos de recidivas aun después de una intervención radical y de haber limpiado el etmoides. Aconseja la radioterapia, pues dice que por su empleo no aparecen nuevas masas poliposas.

LA VACUNOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO DE LA OCENA

Dr. E. Alonso Ferrer: Se trata de los resultados alcanzados por la vacunoterapia en 500 ocnosos; pero sumando los enfermos vistos por su maestro, el Dr. Vilar Sancho, esta estadística se eleva a 2.000 enfermos ocnosos, 1.500 de los cuales han sido tratados fundamentalmente con vacunas. Dice que para obtener buenos resultados—ante los cuales se muestra francamente optimista—la cura debe ser prolongada. Durante el tratamiento vacunoterápico suprime todo otro tratamiento y sólo aconseja como hábito higiénico algún lavado nasal. Una vez iniciada la cura y suprimido el olor, y muy disminuídas las costras, hace unos toques irritantes en las fosas nasales y cavum. Los beneficios del tratamiento vacunoterápico son locales y generales, y cree que actualmente no hay mejor tratamiento de la ocena. Estos beneficios llegan en una elevada proporción a la curación total, especialmente en los sujetos jóvenes, en los cuales la atrofia y esclerosis de los tejidos aun no es muy avanzada. Si el proceso atrófico está avanzado, la «restitutio ad integrum» de las condiciones anatómicobiológicas de la membrana de Schneider es imposible, y la vacuna nada puede contra la atrofia del cornete inferior y la transformación del epitelio cilíndrico en pavimentoso; por ello en muchos casos se observa localmente la desodorización de las fosas nasales, aunque con persistencia de costras considerablemente disminuídas y modificadas.

Sólo tiene un 4 o 5 por 100 de enfermos refractarios que, a pesar de todo, siguen con su fetidez y sus costras. En general, los resultados son excelentes, no sólo desde el punto de vista local, sino también somático y psíquico. Advierte que algunos ocnosos se benefician del tratamiento antilúético.

Discusión.—Dr. Noves: Se complace en saber que por cierta clase de vacunas el éxito está casi asegurado, como se desprende del gran número de curaciones obtenidas por el disertante. Pregunta la marca de la vacuna empleada.

Dr. Oller: Pregunta si ha habido resultados lejanos.

Dr. Costa Simón: Empleó la vacuna Hofer sin resultado.

Dr. Vilardosa: Pondrá en práctica el tratamiento del disertante, y pregunta la marca de la vacuna.

Dr. Roca: Aconseja hacer la reacción de Wassermann en los ocnosos y no se extraña de que el disertante haya obtenido algunas mejoras con tratamiento antilúético. Dice

que el Dr. Rocasolano, de Zaragoza, tiene en estudio una vacuna antiocnosa, de la que espera buenos resultados. Se muestra partidario de vacunas con asociaciones microbianas.

Rectificación.—Dr. Alonso: El fracaso de la vacuna de Hofer, de Viena, se debe a técnica deficiente, es además de concentración debilísima. La vacuna que emplea la facilita y prepara el Dr. Peset, de Valencia, quien, por no sentir ansias comerciales, la envía gratuitamente. Tiene casos de más de dos años de curación por el tratamiento vacunoterápico sin recidiva.

ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MEDICAS DE CATALUÑA

Sesión del 21 de Enero de 1931.

EL DIAGNÓSTICO BIOLÓGICO DE LA LINFOGRANULOMATOSIS INGUINAL DE NICOLÁS Y FAVRE POR LA INTRADERMORREACCIÓN DE FREI. VALOR RETROSPECTIVO

Dr. M. Piera Fló: Hace mención de las características de la linfogranulomatosis inguinal: lesión inicial por contacto venéreo, mínima, inconstante, polimorfa y fugaz; adenitis inguinal consecutiva, múltiple, blanda, fistulizada y evolución larga; aspecto histológico: focos múltiples de supuración rodeados de reacción epitelioide, infiltración plasmática y fuerte esclerosis periganglionar.

Tratamiento: quimioterapia (antimonio, tártaro emético al 1 por 100 endovenoso, según Destefan y Vaccarezza, sulfato de cobre amoniacal intravenoso), radioterapia en algunos casos, y el electivo es el quirúrgico (intervención quirúrgica amplia, inguinoflaca, según las indicaciones de los argentinos Ruiz y Tejerina).

Detalla la técnica de la intradermorreacción de Frei: pus diluido 1/5 en solución salina fenicada a 0,5 por 100, inactivado por calor, inyección intradérmica de 0,2 c. c., lectura a las cuarenta y ocho horas en forma de nódulo infiltrado, permaneciendo ocho días como minimum.

Cita observaciones de Hellerström y de Willners y hace notar el valor retrospectivo de la prueba de Frei en las mismas, y a este propósito explica un caso observado por él: se trata de un sujeto que ha tenido quince bubones en los últimos diez años y con diversos contagios, tres de los cuales dieron lugar a un cuadro típico de poradenitis inguinal; en la actualidad sufre algias toracoabdominales, dolores reumatoideos, erupciones frecuentes de herpes genital y axilar, región ésta en la que fueron incididos por dos veces últimamente dos ganglios supurados, aparecidos, según el enfermo, a consecuencia de una picada en el antebrazo. Reacción de Frei positiva. Wassermann negativa. Sin antecedentes tuberculosos. Está casado y tiene un hijo sano.

El disertante insinúa la posibilidad de relacionarlo con las manifestaciones generalizadas y persistentes de la linfogranulomatosis inguinal.

Lamentase de la falta de literatura médica española acerca de esta enfermedad, pues aparte de unos trabajos de Fernández de la Portilla, de Gay Prieto, de uno aparecido en EL SIGLO MEDICO, cuyo autor es el Dr. Alvarez Cascos, y de algún otro, no conoce más trabajos sobre el particular.

Discusión.—Dr. Valls Conforto: Emplea para la preparación del antígeno de los intradermos la pulverización de ganglios congelados, que da mayor cantidad de extracto y permite diluirlo a 1/50. Cita un caso de linfogranuloma de Hodkin, en el cual la intradermo de Frei era positiva, lo que es significativo en extremo.

Dr. Gallart Monés: Se muestra interesado por la relación de esta enfermedad con el sífiloma anorrectal.



Digalène

la más manejable de las preparaciones digitálicas

MEDICAMENTO de URGENCIA

INYECTABLE

DIURESIS RÁPIDA é INTENSA

ACCIÓN CONSTANTE y LÍERTA

La Digalène tiene una acción en todos los puntos parecida á la de la maceración de las hojas frescas de digital pero posee sobre esta última la ventaja de ser siempre idéntica y sobre todo inyectable

**SOLUCIÓN. AMPOLLAS
COMPRESIDOS.**



Mostrar y Literatura
Productos: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
21 Place des Vosges, Paris

PANTOPON "ROCHE"

Jarabe

*Calma la tos,
apacigua el dolor,
produce el sueño*

mejor y mas deprisa

que todas las otras preparaciones hipnóticas y calmantes.

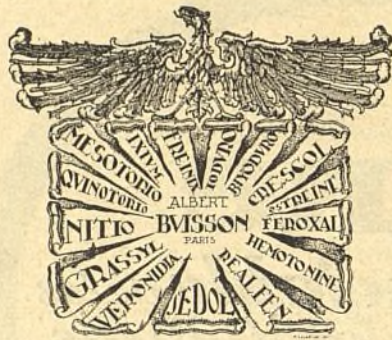
Dosis { **Adultos** : 1 ó 4 cucharadas de las de sopa al día
medias { **Niños** : 1 ó 4 cucharadas de las de café al día según la edad.

Mostrar y Literatura
sobre pedido

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
21, Place des Vosges, PARIS.

Representante: A. Andueza, Claris 80, Barcelona.





Literatura, muestras e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075 — MADRID — Tel. 35 407

Realfen

Apetito

Peso

Fuerza

Asociación
Digitalina-Uabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas.
PARIS VI*

Muestras y
literatura:

J. M. BALASCH
Agente general para España.

Diagonal, 440.
BARCELONA

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

LA EXCITACIÓN DEL
NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS
BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA.
SI POR MEDIO DEL SUERO de HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO,
LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

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

HOSPITAL DE NUESTRA SEÑORA
DEL SAGRADO CORAZON

Sesión del 21 de Enero de 1931.

PAQUIPLEURITIS OSIFICANTE

Dres. Castella y Lloret: Se trata de un sujeto de sesenta años de edad que, por las características de su cuadro, daba la impresión de padecer una neoplasia o tumoración pleural. La existencia de una pronunciada atrofia de los músculos torácicos, del muslo y del brazo del lado enfermo, fueron los principales elementos que permitieron orientar el diagnóstico en el sentido de una pleuresía purulenta crónica enquistada, lo que fué comprobado por la punción pleural, dando salida a un líquido purulento neumocócico.

Decidida la intervención quirúrgica se encontró que el enfermo presentaba la pleura parietal transformada en coraza ósea, que fué extraída.

Discusión.—Dr. Puig Sais: Hace observar la rareza del caso y recuerda haber visto sólo uno, que fué necropsiado en sus tiempos de estudiante, demostrándose la pleura osificada.

Dr. Malaret: Ha de resultar muy interesante la documentación radiográfica de estos enfermos.

DEXTROCARDIA POR NEUMOTÓRAX

Dr. H. Puig Sais: Presentó dos enfermas con desviación del corazón hacia la derecha, recayendo en casos de tuberculosis cavitarias, sometidas al neumotórax artificial. La inyección de gas en el espacio pleural determinó este notable desplazamiento del corazón, tolerando perfectamente este cambio de situación y mejorando en su estado de salud las dos enfermas. Se asoció a la terapéutica indicada las inyecciones de sales de oro. Las comprobaciones clínicas con las radiografías lo fueron también por los fenómenos de percusión y auscultación de ambas enfermas.

Discusión.—Dr. Lloret: Hizo algunas consideraciones sobre los casos presentados.

**

SOCIEDAD DE RADIOLOGIA Y ELECTROLOGIA
DE CATALUÑA

Sesión del 23 de Enero de 1931.

EVENTRACIONES DIAFRAGMÁTICAS

Dr. J. Bremón: La eventración diafragmática es una super-elevación permanente y autóctona del diafragma. La línea convexa, ya de sí, se vuelve mucho más. Los arcos costales intrapulmonares, ordinariamente invisibles por debajo del diafragma, se vuelven visibles. El estómago, perdida la tonalidad del músculo que mantenía su polo superior *in situ*, sigue al diafragma en su movimiento ascendente y sus relaciones con el duodeno se modifican notablemente. La causa de todo esto es la pérdida del tono y la consiguiente degeneración de las fibras musculares diafragmáticas.

En la hernia diafragmática sucede algo semejante, pero existe una diferencia esencial entre una y otra, por cuanto esta última presenta una solución de continuidad, un desgarrado que permite al estómago, y a veces al intestino incluso, penetrar en la cavidad torácica. La eventración es una afección congénita y la hernia diafragmática una afección adquirida.—*F. Wüst Berdaguer.*



El Comité Nacional de médicos forenses, reunido en el Colegio de Médicos de Madrid.

La Comisión del pase al Estado de los médicos titulares

El miércoles, día 21 de Enero, se constituyó la Comisión encargada de redactar el anteproyecto de dependencia directa del Estado de los médicos titulares.

Presidió la sesión el director general de Sanidad, asistiendo los señores García Durán, Mestre, Ossorio, Briz, Ruiz Heras y Martorell.

El presidente de la Asociación dió las gracias al director de Sanidad, ya que el nombramiento de la Comisión y la presencia del director en la sesión de constitución significaban la buena acogida, por parte del Dr. Palanca, de la gran aspiración de los médicos titulares.

El director de Sanidad manifestó que no sólo acogía la aspiración de los médicos titulares, sino que pondría su esfuerzo y voluntad en lograrla, indicando que a la Comisión competía estudiar el tema, escoger las soluciones viables y redactar el proyecto y a él determinar el momento propicio para la implantación de la reforma.

Declaró constituida la Comisión en la seguridad de que actuaría con rapidez y acierto.

A continuación, la Comisión trazó el plan de trabajo a base de reuniones semanales y con sujeción a un temario que quedó aprobado.

Estudió el tema primero: *Concepto de plaza de médico titular a los efectos del pase al Estado. Limitaciones administrativas, demográficas y funcionales*, acordando suprimir las limitaciones administrativas y demográficas y llevar a la próxima reunión la definición de plaza con las limitaciones funcionales que se estimasen procedentes.

El tema segundo: *Actuaciones profesionales afectadas por el pase al Estado. Inspección de Sanidad, servicios estatales, asistencia benéfica e igualatorio*, se acordó tratarlo disponiendo, para su análisis, de un proyecto esquemático de cada tipo, proyectos que se presentarán a la sesión próxima.

Se acordó invitar a todos los médicos titulares a exponer a la Comisión sus puntos de vista y proyectos, rogando a cuantos deseen cooperar al estudio y redacción del proyecto la remisión de su aportación antes del 15 de Febrero próximo, por ser propósito de la Comisión ultimar el proyecto con la rapidez compatible con el detenido y completo estudio de cada uno de los temas.

La Comisión celebrará su segunda sesión el sábado 31 de Enero.



La Comisión encargada de redactar el reglamento de la iguala médica en España, reunida en el Colegio de Médicos de Madrid.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 715,0; ídem mínima, 706,0; temperatura máxima, 14°,2; ídem mínima, -0°,3; vientos dominantes, SO. y NNE.

Se ha mantenido el considerable número de casos grietales que como epidemia se declararon durante la semana última. Han sido escasas las nuevas afecciones y la mortalidad no ha aumentado, en proporción con la semana anterior. Como consecuencia de la gripe se han presentado variadas afecciones laringeas principalmente e inflamaciones agudas de los órganos respiratorios.

Los reumatismos se han agudizado.

Ha habido algunos casos de sarampión y escarlatina, pero de carácter benigno.

CRONICAS

Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos titulares inspectores municipales de Sanidad.—Junta provincial de Soria.—En virtud de renovación reglamentaria ha quedado constituida en la siguiente forma:

Presidente, D. Rafael Ortiz Rojas, de Noviercas.

Vicepresidente, D. Tomás Pérez Ruiz, de El Royo.

Secretario, D. Santiago Agreda Martín, de Almazán.

Tesorero, D. Teodoro Romeo Cuartero, de El Burgo de Osma.

Contador, D. Luis Martín Tovar, de Santa María de Huerta.

Comisión organizadora del homenaje al profesor D. Leonardo de la Peña.—A nuestro maestro el profesor D. Leonardo de la Peña acaba de serle concedida la Gran Cruz de Alfonso XII como recompensa por el éxito científico y de organización del Congreso Internacional de Urología, celebrado en Madrid en el mes de Abril último, del que ha sido presidente.

Nosotros, que conocemos cumplidamente todos los méritos y aptitudes del Dr. Peña y que hemos visto su actividad organizadora y su entusiasmo por la enseñanza en las distintas Facultades de Medicina a que ha pertenecido, sobre todo en la de Madrid, donde ha modificado profundamente el departamento anatómico y la enseñanza de la Anatomía, y donde ha creado y organizado de modo perfecto la enseñanza de la Urología, nos hemos creído en el deber de iniciar, con motivo de la distinción de que acaba de ser objeto, un homenaje, que habrá de consistir en organizar una suscripción entre sus discípulos, compañeros, amigos y admiradores, para costearle las insignias de la valiosa condecoración que la ha sido concedida.

Por esto nos dirigimos a usted rogándole que, si desea

asociarse al homenaje, contribuya con la cantidad que crea conveniente, y en momento oportuno se le dará cuenta del resultado de la suscripción y del acto que habrá de celebrarse para hacerle entrega de las insignias correspondientes.—*Pío del Río Hortega.*—*Angel Ferrer y Cajigal.*—*Ramón López Prieto.*—*Juan Sánchez Cózar.*—*Rafael Alcalá Santaella.*—*Heliodoro Mogená.*—*Vicente Sanchis Perpind.*—*Florencio Sarasua.*—*Antonio Vallejo Nágera.*—*Joaquín Fanjul.*—*Teófilo Abad Fernández.*—Los donativos pueden entregarse al señor Conserje del Colegio de Médicos, Esparteros, 9; al Sr. Estirado, en el Decanato de la Facultad de Medicina, y en la librería de Fé, Puerta del Sol, 15.

Obras recibidas.—«Real Academia de Medicina de La Coruña. Memoria de los trabajos realizados durante el año de 1929», por el secretario perpetuo D. Jesús Casares. «Orientaciones sobre educación física: I. La educación física de la función respiratoria como base de la gimnasia escolar. II. Organización de la enseñanza de la educación física en las escuelas», por el Dr. Antonio Rodríguez Ronco, presidente de la Academia. «Las manifestaciones abdominales de la bacilosis latente», por el Dr. Enrique Hervada García.

—«Real Academia de Medicina de Zaragoza. Sesión inaugural de curso. 25 de Enero de 1931». Discurso leído por el académico de número Dr. Pin Novella, acerca de Aspectos farmacéutico, químico e industrial de la destilación de lignitos, y Memoria de Secretaría, por el Dr. Palomar de la Torre, secretario perpetuo.

—«Mis aportaciones al estudio clínico de la pulmonía», por el Dr. Mariano Alvira Lasiera. Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina de Zaragoza. Contestación del académico Sr. Royo Villanova.

Biblioteca de «El Siglo Médico»: 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.—VII. «Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde», por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).—VIII. «La epilepsia», por el Dr. José María de Villaverde.—IX. «El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laringea», por el Dr. García Vicente y «Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera», por el Dr. José M.^a Huarte Mendicoa. EN PRENSA: «Cartilla de Deontología médica», por el Dr. Carlos María Cortezo.

Cada tomo de estas Monografías se compone de 128 páginas, de 16 por 12, con las figuras precisas y encuadernación cartoné fuerte y de sobrio gusto.

El precio de cada volumen para los suscriptores de EL SIGLO MEDICO es de 1,50 pesetas, y para los no suscriptores, de 1,75 pesetas.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M-33.—Madrid.

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas ormas: A granel por kilos.—**Muestras gratuitas.**

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.
Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.435