

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

En suaves Fricciones
en las Encías

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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

La Gripe

se apodera actualmente de muchas personas. El Arcanol-Schering se ha comprobado de bonísima acción terapéutica por su efecto antillogístico (Novatophan) y antiinfeccioso (ácido acetilsalicílico).
PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.
APARTADO 179, MADRID

Tubos de 10 tabl.

ARCANOL Schering

80422008

Ayuntamiento de Madrid

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

Mucílago Puro

== “REFI” ==

(Regulariza El Funcionamiento Intestinal).

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

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

ESTREÑIMIENTO Y SUS SECUELAS NOSOLOGICAS

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

JAMAS CON SU USO PROLONGADO PUEDE SOBREVENIR EL HABITO

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

COLITIS MUCOSAS Y MUCOMEMBRANOSAS

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

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

que la enfermedad misma, sino por medio de los baños tibios y frescos, el parto se hace en condiciones normales, el feto nace libre de la enfermedad que padecía la madre (escarlatina, erisipela, etc.), el puerperio se hace con toda normalidad, siempre que se tengan las necesarias precauciones de asepsia. Aparte el efecto directo de la hipertermia, puede resultar la muerte del feto en estas enfermedades de la madre, sea de la asfixia, por no hacer la madre la hematosi en las debidas condiciones, especialmente si se trata de una enfermedad del aparato respiratorio o complicada con una afección de éste, o porque se produzcan lesiones de la placenta que pueden llegar hasta los desprendimientos parciales de la misma y que entorpezcan la hematosi fetal, sea porque se le transmita la enfermedad de la madre. Esto último es poco corriente; pero así como con frecuencia se ve a mujeres afectas de enfermedades infecciosas dar a luz hijos sanos, en cambio, otras veces, por ejemplo, en enfermedades con manifestaciones inconfundibles, como la viruela, se observan en el feto las lesiones que demuestran que la transmisión tuvo lugar. Dicho esto, es preciso que pasemos revista a cada una de las enfermedades infecciosas que se pueden presentar en el curso del embarazo; solamente nos hemos ocupado de dos que tienen especial importancia, y que son: la sífilis y la tuberculosis. A continuación trataremos de otros procesos crónicos, también de excepcional interés para la mujer embarazada; por ejemplo, las enfermedades del corazón y la diabetes.

La sífilis es una causa muy corriente de accidentes en el curso del embarazo. Provoca numerosas enfermedades del feto, y al ocuparnos de éstas, después de haber tratado de las de la madre, tendremos que insistir en el particular; Baste decir ahora que en la mayoría de los casos de sífilis, no tratadas o insuficientemente tratadas, las alteraciones del feto y muy especialmente las de la placenta pueden determinar y determinan la muerte del feto, que a la vez puede ser la consecuencia de lesiones viscerales de éste producidas por la misma enfermedad. La influencia de la sífilis sobre el feto puede ser de procedencia materna o paterna



término que cuando ocurre en una múltipara. En cuanto al parto mismo es frecuente que sea algo prolongado: primero, porque el segmento inferior del útero no se encuentra suficientemente reblandecido para permitir una dilatación fácil; segundo, porque el músculo uterino, excesivamente distendido, no se contrae con la necesaria energía, y tercero, porque el esfuerzo de esta contracción no se transmite con provecho al primer feto que se expulsa. Estas razones, más teóricas que prácticas, no se han confirmado por todos, y muchas veces el menor volumen que suele tener el feto las compensa con creces, de forma que la duración del parto del primer feto no se diferencia en nada de la de un parto corriente. En cuanto ha terminado la expulsión del primer feto, la del segundo suele estar terminada también en diez a veinte minutos, pero no siempre sucede así.

Cuando las contracciones uterinas son enérgicas, como quiera que el segundo feto encuentra ya el orificio uterino y las partes blandas que le siguen completamente dilatados, no tropieza con obstáculo alguno para su paso. Si hay una segunda bolsa de las aguas se rompe en seguida o la rompe el tocólogo y el parto se termina. Pero otras veces el músculo muy distendido se contrae mal o no se contrae y el orificio uterino puede volver a cerrarse casi por completo y hasta se puede llegar a formar de nuevo el cuello del útero. Si la placenta y las membranas del primer feto se han expulsado por completo, por lo que el tocólogo no tiene necesidad alguna de intervenir, el embarazo puede continuar durante unos días o incluso hasta el término. Ya hemos insistido con frecuencia en que esto último es excepcional. Tarnier, en una estadística de cerca de 200 partos gemelares ha observado en 123 casos que la expulsión del segundo feto se hizo antes de los treinta y cinco minutos de la expulsión del primero, correspondiendo el mayor número de casos a un período de quince a veinticinco minutos, después de la expulsión del primer feto. En los demás casos tardó la expulsión de cuarenta minutos a doce horas, y era porque uno de los fetos se encontraba muerto y momificado, de suerte que su expulsión tuvo lugar a través de un orificio insuficiente.

mente dilatado y la matriz necesitó un período de varias horas para estar en condiciones de expulsar al segundo feto, que tenía un desarrollo normal o próximo al normal.

El alumbramiento en los partos gemelares se puede hacer en un solo tiempo o en dos tiempos. El primer caso es con mucho el más corriente. Cuando la placenta es única, su expulsión se ha de hacer forzosamente de una vez. Cuando existen dos placentas separadas por un puente membranoso, el desprendimiento de una de ellas lleva también consigo el de la otra. Corrientemente este desprendimiento no se inicia hasta después de la expulsión del segundo feto; pero puede suceder que tras de la expulsión del primero se desprenda la placenta correspondiente y que como consecuencia de este desprendimiento ocurra por lo menos un desprendimiento parcial de la placenta del segundo feto antes de la expulsión de éste, lo cual, como se comprende, pone la vida del mismo en un gravísimo riesgo. En los casos excepcionales en que existen dos huevos completamente separados, la expulsión de las dos placentas puede tener lugar, sea tras de la expulsión de los dos fetos, sea cada una tras del feto correspondiente. Estos son los casos rarísimos en los que tras de la expulsión total de un huevo ha podido seguir el embarazo con el otro feto. Lo que sí debe tener presente el médico siempre que asista a un parto gemelar es que con gran frecuencia requiere el alumbramiento su intervención activa. La escasa eficacia de las contracciones uterinas a consecuencia de la distensión excesiva que el útero había sufrido y el volumen considerable de las secundinas hacen que la expulsión de éstas se retarde en la mayoría de los casos y que con frecuencia sea el tocólogo el que tenga que intervenir para terminar dicha expulsión.

El pronóstico del embarazo gemelar siempre es algo peor para la enferma y, desde luego, bastante peor para los fetos que el embarazo simple. Los trastornos que son habituales en todo embarazo, especialmente los vómitos en el principio del mismo, suelen ser en el gemelar más acentuados, y no digamos los fenómenos de compresión, que se

los fetos puede ser expulsado, si se encuentra en un huevo independiente, en tanto que el embarazo continúa para los otros dos, pero lo corriente es que persista el embarazo con el feto muerto. Habitualmente, por la pequeñez de los fetos no se produce dificultad alguna para el parto.

Los embarazos de más de tres fetos son tan raros que carecen de todo interés práctico. No solamente los embarazos se interrumpen antes de tiempo, sino que, por ejemplo, en el único caso rigurosamente auténtico que se conoce de embarazo séxtuplo, con aborto al quinto mes, los seis fetos juntos pesaban 1,730 gramos; el más voluminoso de ellos pesaba 305 gramos y el más pequeño 240. En ninguno de estos casos se ha podido hacer el diagnóstico. En cuanto a viabilidad solamente se conoce el caso del aldeano ruso Waselew, casado por dos veces, y que tuvo de ambas mujeres partos múltiples; una de ellas tuvo cuatro embarazos cuádruples y los 16 niños vivieron.

Respecto a la patología del embarazo mismo hay que hacer varias observaciones. En primer término, hay que distinguir los casos de enfermedades que se presentan durante el embarazo o que la enferma padecía ya cuando se hizo embarazada y que son independientes de este estado de los procesos que son peculiares del estado gravídico. Las enfermedades generales que evolucionan con fiebre ponen siempre al feto en un peligro muy grave. Sobre todo, cuando la temperatura pasa de los 40° hay para el feto inminencia de muerte. Otras veces, en estas enfermedades con temperatura tan elevada, el peligro para el feto no resulta de su muerte en el interior del útero, sino de la producción de contracciones uterinas que provocan el aborto o el parto prematuro. En los hospitales de enfermedades infecciosas, donde a la larga se observan algunos casos de mujeres embarazadas en los últimos meses o de puérperas, se tiene la convicción de que en general las enfermedades infecciosas no son peligrosas sino por la elevación de la temperatura que provocan. Procurando que la fiebre se mantenga en límites moderados, no por medio de medicamentos antitérmicos, que en su mayoría son más peligrosos para la conservación del embarazo

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.

Uromil

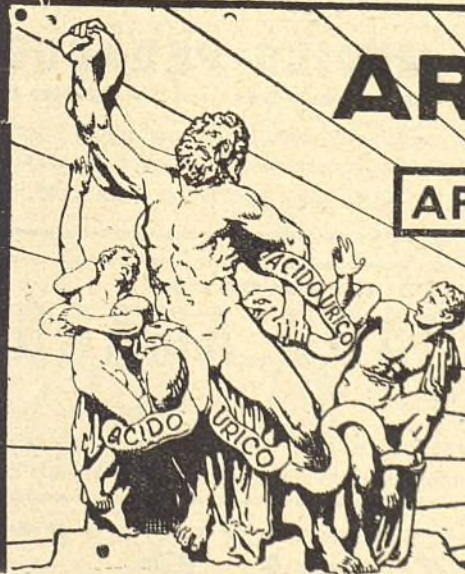
¿CÓMO? COMO EL MAYOR DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO? PARA
COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO

ARTRITISMO

ARTERIOESCLEROSIS

CÁLCULOS

GOTA



REUMA

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —



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.

LA RESPONSABILIDAD MÉDICA

Si el Estado es el llamado a velar por la salud y regeneración de los individuos, si uno de sus deberes es amparar a los miembros que informan la agrupación que rige, nada más lógico que intervenga en el campo del ejercicio de las profesiones que tienen relación con la vida e integridad del cuerpo humano.

Las legislaciones de casi todos los

que las circunstancias modifican sus caracteres y los hacen no sólo tolerados, sino recomendados y dignos de elogio. Más vale, agregan, para el paciente perder una parte de su cuerpo que la vida; la conservación del todo es preferible a la pérdida de la parte.

El Dr. Werner Rosenberg deslinda la responsabilidad aconsejando este proyecto. El médico queda impune: 1.º Cuando el paciente, mayor de edad, consiente en la operación; 2.º Si la operación se hace en un menor o en un demente, cuando se ejecuta con el consentimiento de su guardador; 3.º Cuando el enfermo no puede dar su consentimiento por mudez, desconocimiento o ignorancia del idioma del país o por otra causa cualquiera, la necesidad justifica el acto del médico; 4.º Cuando el guardador del menor enfermo o del demente no puede dar el consentimiento por ausencia, el peligro inminente cubre la responsabilidad del doctor, y 5.º Cuando la oportunidad de la operación se establece por los principios generales de la Medicina.

Admitida la responsabilidad, ¿cómo resolver la multitud de casos y sus di-

cometidos por cualquier sujeto. Esta situación no garantiza a la sociedad.

Para que se comprenda hasta qué extremo puede llegar la irresponsabilidad de los titulados, transcribiremos lo que refirió Baudinet a la Academia de Medicina de París: quince mujeres, nueve maridos, diez niños, de los cuales tres perecieron, fueron infectados por una comadrona de Brive.

Con los casos constatados oficialmente hubo cien víctimas.

Las consecuencias de la infección

EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

- 1) por la intensidad de su efecto analgésico.
- 2) por no causar sueño.
- 3) por no atacar al corazón ni causar sensaciones de calor.

países castigan con penas severas a los sujetos que sin estar autorizados ejercen las profesiones de médico, cirujano, comadrona, etc., dando a los titulados una irresponsabilidad de lo más extensa. Una reacción a favor de la responsabilidad está ganando terreno en vista de los daños que acontecen y que tienen por causa los desaciertos de esos doctores o el abandono deliberado de los enfermos entregados a su asistencia.

El diploma que recibe el estudiante de Medicina al concluir su carrera, constata seguramente que en ese momento posee un minimum de conocimientos sobre esa materia; pero de esto no se puede deducir que se le autorice a ejecutar todos los actos que envuelvan responsabilidad. Además, el Estado, al otorgar ese diploma no puede garantizar la competencia perpetua del poseedor de ese certificado, ya que el graduado podría dejar de ejercer la profesión por largo tiempo y retardar u olvidar los conocimientos indispensables para la práctica profesional. El diploma se creó no en interés de los titulares, sino como salvaguardia de la colectividad, a quien se pone al abrigo de los charlatanes.

Este problema de la responsabilidad,

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

sobre todo en Cirugía, ha sido objeto hace tiempo de discusiones serias en Francia, Alemania y Austria. A su favor se ha dicho que los actos quirúrgicos, tales como una amputación, por ejemplo, son ilícitos y reprobables, pero

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

versas circunstancias? Por ejemplo, si un cirujano comete error al ejecutar una operación a la cual ha concurrido en estado de ebriedad; si comete error material al redactar una receta, por cuya causa se produce la muerte del paciente; si abandona deliberadamente al cliente durante una operación difícil y peligrosa; si substituye el tratamiento prescrito por una junta de médicos por otro que acarrea al enfermo graves daños; si insiste ante el enfermo o los interesados en éste para que la receta se despache por persona determinada que no está autorizada; si prescribe a su cliente medicinas de su confección y violando los reglamentos sanitarios; si practica una operación con los instrumentos mohosos o con omisión de las reglas de la higiene; si deja en el operado un instrumento o cuerpo extraño, dando por concluida la operación, etc. Los Tribunales le aplicarían las disposiciones del Código penal que se refieren a la imprudencia temeraria, esto es, al interesado le incumbiría probar que el profesional procedió con malicia para que los actos cayeran bajo de la sanción que preceptúa la ley, si hubieran sido

ION-CALCINA

PALLARÉS

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

fueron placas mucosas, tubérculos endurecidos, ulceraciones, adenitis, porriasis y alopecia. La comadrona había sido contagiada en los dedos medio e índice. El Tribunal la declaró culpable de homicidio por imprudencia, lesiones involuntarias y contusiones, condenándola a dos años de prisión. El doctor X, citado por Manche, al asistir a un parto con presentación del brazo, declaró al niño muerto y le amputó un brazo. El niño murió a consecuencia de la hemorragia, y el Tribunal de Domfront lo condenó. El médico, dijo la Corte de Dijón, en otro caso, que llamado para asistir a un niño, dejó deliberadamente ignorar a la nodriza que este niño estaba atacado por una lúes hereditaria o congénita, es responsable del perjuicio por ella recibido al inoculársele el virus por medio de la lactancia. Varamente arguyó el doctor que él fué llamado para asistir al impúber y no por el peligro que corría la nodriza.

La doctrina más aceptable, para juzgar de la responsabilidad médica, es la que hace caso omiso de si el tratamiento fué ordenado a propósito; si debía tener efectos saludables o perjudiciales, si hubiera sido preferible otro, si la operación era o no indispensable, etc., estas son cuestiones científicas que me-

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

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

recen discutirse entre los expertos; pero desde el momento en que los hechos salgan de la clase de aquellos que por su naturaleza están exclusivamente reservados a las dudas y a las discusiones de la ciencia, desde que impliquen negligencia, ligereza o ignorancia de las

cosas que necesariamente deben saberse, la responsabilidad de derecho común fluye y los Tribunales deberán abrir sus puertas para conocer de estos actos que lesionan las garantías que el Estado está obligado a otorgar a la colectividad.

(Acción Médica, Lima.)

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

Fórmulas de experiencia humana.

LAS INSTITUCIONES

Una doctrina que halaga los instintos es un germen de enfermedad social que mata si no es extirpado a tiempo.

El charlatanismo más desvergonzado consiste en sostener que el progreso social y la felicidad individual están unidos a la adulación de los instintos. «Apaguemos las estrellas», es decir, el consentimiento a las disciplinas sublimes, ha clamado hace mucho tiempo un político verboso simpático a las metáforas.

No insistas sobre el valor de una demostración moral o social.

Los dogmatistas se extravían porque insisten sobre efectos cuya verdad aun no ha atraído las miradas.

Sed paciente ante las epidemias de errores que destrozan la mentalidad de una época. Necesitan diez a veinte años para propagarse; una verdad necesita un siglo.

El error es un microbio de descomposición rápida, la verdad es un fermento de reconstitución lenta.

La calumnia no mancha más que a las almas dudosas. Sobre las almas limpias no proyecta más que salpicaduras de lodo superficiales.

Prohibir la calumnia es prohibir la actividad mental de las almas bajas.

El desprecio por lo que es despreciable llega a ser fácilmente en las democracias un crimen de lesa majestad.

Todas las legislaciones del mundo no llegarán a tejer una corona de honradez a un político que se enriquece.

No hay más que dos especies de regímenes. Los que, bajo apariencia de humanidad, adulan los bajos instintos y los que, por razón de experiencia, los reprimen. Los primeros pertenecen a las sociedades que se desagregan, los segundos a las naciones que se engrandecen.

El miedo a las multitudes es el principio de sabiduría social.

DR. CH. FLEISSINGER.

ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

EL QUE busca la sabiduría, piensa pasar por sabio; el que cree haberla encontrado, es muy necio, ignorante y tonto.

EL ORIGEN DEL ARADO

Desde antiguo preocupa a los historiadores el problema del origen del arado, atribuido generalmente a los pueblos orientales, de los que se suponía que pasó a Europa en época relativamente moderna. La gran cantidad y variedad de los cereales que se cultivaron durante la época neolítica eran un indicio contrario a tal hipótesis; pero la dificultad quedaba resuelta recordando que antes de emplear el arado el hombre utilizó la azada y la pala, logrando con estos útiles un cultivo no muy profundo, pero suficiente para conseguir buenos resultados. La antigua escuela filológica situó el invento del arado en los países del Sur de Europa o el Norte de África, y recientemente el etnólogo Eduardo Hahn defendió la teoría de que era de origen babilónico.

En los países centroeuropeos, donde los estudios prehistóricos han alcanzado tan fundamental desarrollo, dudábase de tal afirmación, apoyándose en las siguientes razones: en la provincia de Bohuslän (Suecia) se descubrió un grabado rupestre representando a un labrador con arado y dos bueyes bajo doble

dieron actuar desde el principio—, se comprobó que, en efecto, era un arado de los llamados «de azada». En su parte principal, hecha de una sola pieza, presenta una reja que debió de tener unos 60 centímetros de longitud, y del centro sale el timón, de unos tres me-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico. BALDACCIO - PISA

tros de largo. Es de madera de roble, y para su fabricación se hubo de elegir un árbol del que saliera una rama fuerte con la curvatura apropiada para ser convertida en timón. Del tronco se cortó la parte correspondiente a la rama en una extensión de 60 centímetros, y su parte delantera fué aguzada en forma de reja. Por medio de una perforación inmediata a la base del timón se colocó otra rama de roble, sujeta con cuñas de madera, para que sirviese de manecilla. El timón tiene en su extremo un gancho para sujetar a la yunta, perfectamente aplicable al doble yugo de testuz, y mejor aún al de collera.

Téngase en cuenta que todos estos trabajos fueron ejecutados con el hacha de piedra, lo que indica una destreza excepcional en los constructores.

La antigüedad de este útil prehistórico ha sido contrastada, sin que quede lugar a duda, por el más moderno procedimiento de investigación de que hoy se dispone.

Ya hemos dicho que se encontraba sobre un fondo de arenas diluviales, rodeado de turba negra—antigua de esfagnáceas—de un espesor de 90 centímetros, sobre la que se determinó un «horizonte de delimitación» de 25 centímetros de espesor. El encontrarse entre esta turba indica que el arado es de época anterior a la edad del bronce, cuyos albores se calculan en dos mil años antes de Jesucristo.

Pero la comprobación se obtiene por el método «de análisis del polen», que se funda en la observación de que las formaciones arbóreas se han desarrollado después de la desaparición de los glaciares cuaternarios, variando sus componentes repetidas veces. En las turberas caía el polen de los árboles circundantes, arrastrado por el viento, y la acción antipútrida de los ácidos húmicos lo conservaba en ellas indefinidamente. Por el predominio de ciertas especies de polen se puede, pues,



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . . 23 centigr.

Codeína . . . 1 centigr.

Arrhenal . . . 2 centigr.

Preco al público:

4,40 ptas.

yugo, atribuido a la edad antigua del bronce; en distintas épocas se habían encontrado restos de arados en turberas, por lo que entonces no fué posible determinar su antigüedad, aunque verosíblemente era considerable; cerca de la ciudad de Thorn (Prusia occidental) había aparecido un arado prehistórico de tosca construcción; otro tipo más perfeccionado se halló en Dabergotz, cerca de Neuropin, y otro aún más perfecto en Dostrup (Jutlandia). Esta evidente evolución, unida a la abundancia del cultivo de cereales, mantenía la convicción de que en Europa Central y Septentrional el empleo del arado era tan antiguo, si no más, que en los pueblos de Oriente, y esta teoría acaba de ser plenamente confirmada con la aparición de un arado en las turberas de Georgsfeld, a 4 kilómetros de Aurich (Francia oriental), de que en *Investigación y Progreso* da cuenta el profesor de la Universidad de Göttingen Dr. K. H. Jacob-Friesen:

Unos obreros hallaron a poca altura sobre las arenas diluviales que forman el fondo del yacimiento unos trozos de madera, que un maestro de Georgsfeld consideró desde el primer momento como un arado. Informadas personas peritas—que, desgraciadamente, no pu-

determinar la época a que la turbera pertenece.

En el nivel de Georgsfeld, el geólogo

SIGUE A LA PAGINA XX

SEDALMERCK

Antipirético Analgésico

SIL - AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.**
Existe el Sil-Al belladonado.

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

INDICACIONES:
**Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge-
neral de Sanidad, número 4.193.

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

ATROPAVER

Muestras y literatura a dis-
posición de los señores Mé-
dicos que lo soliciten al
Laboratorio « CELTA »,
Valencia.

ANTISPASMINA

Píldoras
Queratinizadas
de

COLICA

Belladona, Valeriana y Papaverina

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

Resuelven y curan el espasmo restableciendo el funcionamiento
normal del intestino en: Estreñimiento espasmódico, Crisis pseu-
do-diarréicas, Dispepsias por fermentación, Neurosis intesti-
nal con excitación del peristaltismo

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

Fascos de 40 píldoras

Laboratorio Farmacológico Reggiano

Director: G. RECORDATI - Correggio (Italia)
Representante para España: DR. J. VALLES Y RIBÓ - Paseo de Gracia, 75 - Barcelona
Depositario: D. RAMÓN SALA - París, 174

MUESTRAS Y FOLLETOS A PETICIÓN

DE VENTA EN FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

Fábrica de Productos Químicos

VON HEYDEN, S. A.
Radebeul - Dresde (Alemania)

nuevo

en preparación

COLORINA

Poderoso desinfectante y antiséptico
Cajas de 12 y 100 papeles
Cajas para Clínicas de 100 y 1000 gr.

PANCLORINA

Pomada ACUOSA
a base de Clorina
Tubos pequeños, medianos y para Clínicas

GINECLORINA

Tabletas ligeramente aromáticas
para Ginecología y aseo de la mujer

BALNOCLORINA

Baños oxígeno - clorados para Dermatología
y Ginecología
Cajas de 2 y 6 baños



Muestras y literatura: Madrid - Apartado 4077
DELEGACION CIENTIFICA DR. L. HAHN



SOL ARTIFICIAL DE ALTITUD „ORIGINAL HANAU“

“Sol Artificial de Altitud”, significa para el médico la Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau,” actualmente empleada por más de 150.000 médicos de Alemania y otros países. Su campo de aplicación es inmenso. La Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau,” estimula el metabolismo, hace descender la presión de la sangre, produce efectos tónicos y reconstituyentes asombrosos en la convalecencia, anemia, clorosis, estados de agotamiento, insomnio, etc.

Sus éxitos terapéuticos en el raquitismo y su profilaxis en la escrofulosis, tuberculosis, y principalmente las quirúrgicas, han dado motivo a centenares de publicaciones científicas. Cicatrización rápida de heridas accidentales y operatorias, lupus, psoriasis, numerosas dermatosis, erisipela, mastitis, lesiones roentgenológicas, forúnculos, úlceras varicosas, etc.

Existen en el comercio muchas imitaciones, la mayoría a base de aparatos de alta frecuencia, los cuales no tienen nada que ver con la Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau,” que produce la verdadera luz ultravioleta, fabricación original de la Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. Hanau-Main (Alemania).

Pida usted el folleto explicativo a la
DELEGACION CIENTIFICA DR. L. HAHN.—Apartado 4077.
MADRID

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMÓN Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSÉ FRANCOS RODRÍGUEZ

VITAL AZA Ginecólogo. Académico C. de la R. A. N. de M.	A. FERNÁNDEZ MARTÍN Ex-interno de la Fdad. y Hospitales.	E. LUENGO ARROYO De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.	J. Y S. RATERA De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
J. BLANC Y FORTACÍN Del Hospital de la Princesa	S. GARCÍA VICENTE Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.	G. MARAÑÓN Del Hospital General de Madrid. Profesor A. de la F. de M. Académico.	G. RODRÍGUEZ LAFORA Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
L. CARDENAL Catedrático. Académico. Cirujano del Hospital de la Princesa.	A. GARCÍA TAPIA Laringólogo. Académico.	M. MARÍN AMAT Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.	R. ROYO VILLANOVA Catedrático de Med. legal. Valladolid.
J. CODINA CASTELLVÍ Académico. Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.	J. GOYANES Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.	M. MARTÍNEZ SALDISE Publicista médico.	J. SARABIA PARDO Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
R. COMENGE Oftalmólogo.	B. HERNÁNDEZ BRIZ Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.	J. MOURIZ RIESGO Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.	F. TELLO Director del Instituto Alfonso XIII
J. L. ELIZAGARAY Académico. Del Hospital General.	T. HERNANDO Catedrático. Académico.	B. NAVARRO CÁNOVAS Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.	J. M. TOMÉ Y BONA Dermatólogo.
E. FERNÁNDEZ SANZ Académico de la Real de Medicina.	J. M. HUARTE MENDICOA Laringólogo.	F. PECO Medicina interna.	A. VALLEJO NÁGERA Jefe de Clínica mental militar de Ciempozuelos.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.	F. HUERTAS Del Hospital General. Académico.	G. PITTALUGA Catedrático. Académico.	J. M. DE VILLAVEVERDE Del Real Hospital del Buen Suceso Del Instituto Cajal.
	C. JUARROS Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.	A. PULIDO MARTÍN Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.	R. DEL VALLE Y ALDABALDE Académico H. de la Real de Medicina

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Redactor Jefe: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Alergia de las vías biliares; cólico «hepático», por el Dr. J. Regueiro López y B. Magadán y A. Martí.—El prurito de ano y su tratamiento, por el Dr. Pablo de Sala.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Facultad de Medicina de Madrid.
Clínica Quirúrgica del Prof. Olivares.

ALERGIA DE LAS VÍAS BILIARES cólico «hepático»

POR EL DOCTOR

J. REGUEIRO LÓPEZ

Ayudante de la Clínica. Pensionado por la Junta de Ampliación de Estudios en la Universidad de Berna,

y

B. MAGADÁN Y A. MARTÍ
Internos.

La sensibilización alérgica de la vesícula biliar nos ofrece modalidades reaccionales que llaman la atención por su etiología, ritmo e intensidad de las manifestaciones clínicas, que van desde el violento cuadro del cólico «hepático» a las pequeñas molestias dolorosas locales o a distancia que simulan procesos activos de litiasis biliar. En muchos casos queda limitada la reacción alérgica a síntomas o síndromes de un concepto etiológico muy amplio, en el que no se sospecha la intervención de la vesícula

biliar y, sin embargo, ella es la responsable de la tenacidad de ataques, de náuseas, vómitos, inapetencia, vértigos, hipo, jaqueca, depresión psíquica, hipotensión, picores, urticaria, estreñimiento. Estos síntomas se hacen preceder y acompañar de alteraciones del equilibrio coloidoclásico, con inversión de la relación de los elementos formes de la sangre, que revela la hipersensibilidad—la irritabilidad—del sistema nervioso neurovegetativo.

Un caso de ciclo reaccional bien rítmico lo presenta el siguiente enfermo, en el que el dolor es la primera y única manifestación externa de la alergia de la vesícula biliar, acompañado, además, de acentuadas modificaciones en el medio hepático.

X. X., de treinta y ocho años, madre reumática; desde hace tres años tiene un ataque de anginas en los meses de Octubre, con temperaturas elevadas que le duran unos quince días; coincidiendo con el segundo ataque tuvo dolor en el hombro derecho, que consideraron de naturaleza reumática. A los ocho días de convalecer del tercer ataque le despertó, entre dos y tres de la madrugada, un violentísimo dolor localizado en la región lumbar derecha—«dolor de riñones»—que al poco tiempo de iniciarse se irradiaba por la base de tórax derecho, para hacerse muy intenso en el epigastrio, sobre todo en la región

retroxihoidea; al mismo tiempo dolor en el hombro derecho, pero menos intenso.

Este dolor, que no se alivia con los cambios de postura en la cama, se repite todas las noches hacia la misma hora y con los mismos caracteres, entre los

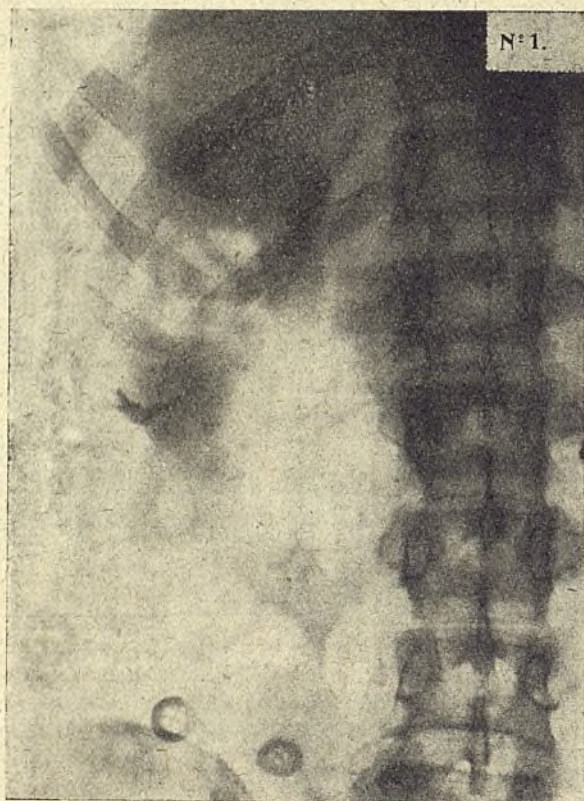
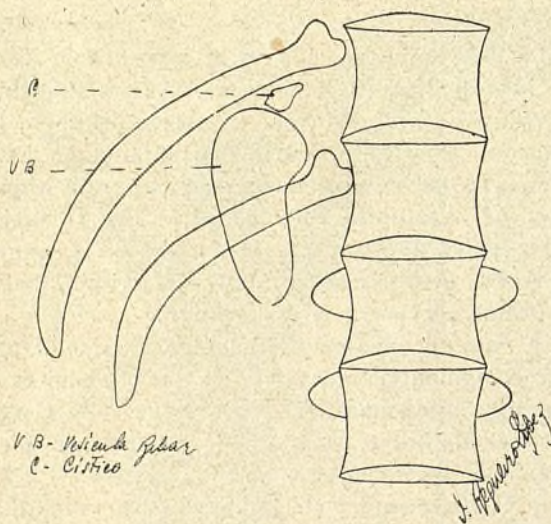


Fig. 1.ª



Esquema primero.

que destaca el cesar inmediatamente que se pone de pie, bruscamente los primeros días, más lentamente a medida que pasaron los días, precisando estar de pie hora y media la novena noche, víspera de consultarnos. Pasado el dolor vuelve a acostarse y duerme perfectamente. Durante el transcurso del día no experimenta molestia alguna. Su alimentación es abundante y variada.

Exploración física: Aspecto robusto, más bien grueso, algo pálido.

Pulmones y corazón bien. Pulso, 72; reflejo oculocardiaco, 70; tensión máxima, $10 \frac{3}{4}$; mínima, $7 \frac{1}{2}$. Angulo epigástrico ancho; hígado un poco aumentado de tamaño; bazo normal. A la palpación moderada se despierta intenso dolor en la base de xifoides, segunda y tercera apófisis lumbar derecha; vesícula biliar dolorosa, pero mucho menos que en los puntos mencionados. Reflejos intercostales frénicos; hombros y omoplatos indolores; rotulianos algo exaltados; Romberg negativo.

Rayos X. Colecistografía con inyección intravenosa de 4 gramos de tetraiodofenoltaleína, seguida de palidez, sudores.

Primera radiografía a las veinticuatro horas. Vesícula larga, de bordes muy destacables, limpios, con diámetro transversal muy reducido, en la mitad externa del cuerpo de la vesícula, acentuándose la reducción de su cavidad en el extremo distal externo. Este estado de hipertonicidad, contracción de la vesícula, está seguido de un muy perceptible ensanchamiento de la mitad interna del cuerpo de la vesícula, que termina bruscamente con una estrangulación (cuello de la vesícula) seguida de una prolongación larga, delgada, un poco abombada, inclinada hacia la undécima vértebra dorsal. Esta es la imagen del conducto cístico, lleno—como la vesícula—de bilis tetraiodica.

La segunda radiografía obtenida una hora después de la anterior—a las trece horas de la inyección—muestra una imagen muy distinta de la anterior, una vesícula biliar muy tenue, casi imperceptible, muy reducida de tamaño, sin el ensanchamiento de la primera, en forma de ciruela.

Las imágenes de estas radiografías presentan dos aspectos de una vesícula hipertónica, con vaciamiento acelerado.

Exploración biológica.—Jugo gástrico: desayuno, té con galletas; extracción de 200 c. c. dos capas, mucho moco. Acido clorhídrico libre, 0,00; combinado, 1,180; acidez extraclorhídrica, 0,218. Acidez total, 1,398 por 1.000.

INVESTIGACIÓN DE LA HEMOCLASIA DIGESTIVA (1)

	Ayunas.	Después de la ingestión de leche.
Glóbulos blancos.....	6,200 por mm ³	5,600 por mm ³
Trombocitos.....	250,000 —	230,000 —
Polinucleares neutrófilos.....	68,00 por 100.	73,00 por 100.
Polinucleares eosinófilos	1,00 —	0,00 —
Polinucleares basófilos.	0,00 —	0,00 —
Linfocitos.....	25,00 —	22,00 —
Monocitos.....	4,00 —	1,00 —
Metamielocitos neutrófilos.....	0,00 —	4,00 —

(1) Las investigaciones biológicas de este enfermo fueron realizadas por nuestro muy culto colega Dr. Zozaya.

KALOGEN

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
INNOCUO
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.**

ESTOMAGO

SAL DE

HUNT

GRANULADA FRIABLE

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

**HYPERCHLORHYDRIA,
GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS**

Acción cierta. — Uso práctico. — Innocuidad absoluta.

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

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

Jarabes Yodurados de J.-P. Laroze

Al Yoduro de Potasio,
Al Yoduro de Sodio,
Al Yoduro de Estroncio.

Una cucharada sopera contiene exactamente 1 gr. de Yoduro químicamente puro, completamente desprovisto de Yodatos.

INDICACIONES

Arterioesclerosis en sus comienzos; Angina de pecho, Asma, Enfisema, Bronquitis crónica, Diabetes, Gota, Reuma crónico, Esclerosis viscerales, Sífilis secundaria y terciaria.

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

QUIMIOTERAPIA DE LAS INFECCIONES

Infecciones
crónicas

ODO BENZO MÉTHYL FORMINE
IODASEPTINE
CORTIAL

Ampollas (8 á 20 c. c. por día),

Gotas (20 á 100 por día),

Comprimidos (1 á 4 por día),

TUBERCULOSIS PULMONAR de evolución lenta.

(2 á 5 c. c. por día.)

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

REUMATISMOS

DEFORMANTES, Tuberculosos, Gotosos, etc. — Ciática.

Numerosas comunicaciones y referencias.

PIRESIA

Infecciones
agudas.

DI-FORMINE - IODO-BENZOMÉTHYLÉE

SEPTICEMINE
CORTIAL

Ampollas 4 c. c.

1 á 4 por día.

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

LABORATOIRES CORTIAL. — 15, Bd. Pasteur. — **PARIS**
Agentes generales para España: Juan Martín. — Calle de Alcalá, núm. 9. — Madrid.
Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona.

Orina. — Pigmentos biliares e indican: Positivos.

Las manifestaciones clínicas y biológicas de este enfermo ponen de manifiesto un caso de sensibiliza-

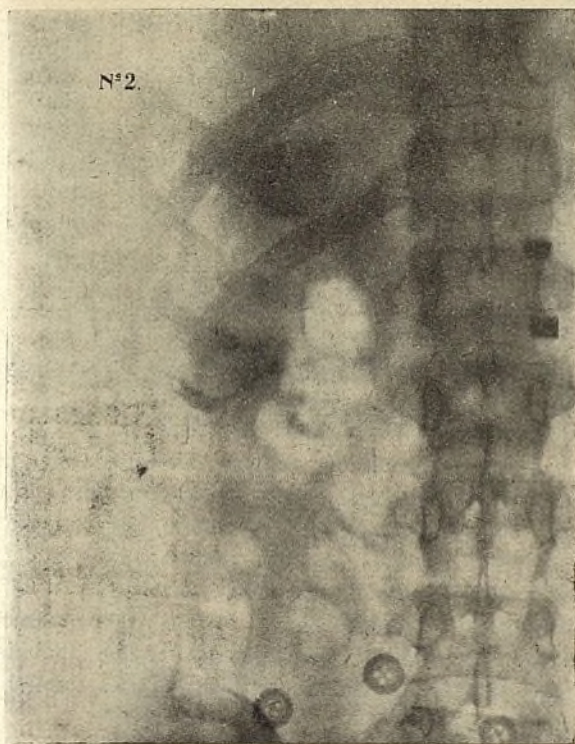
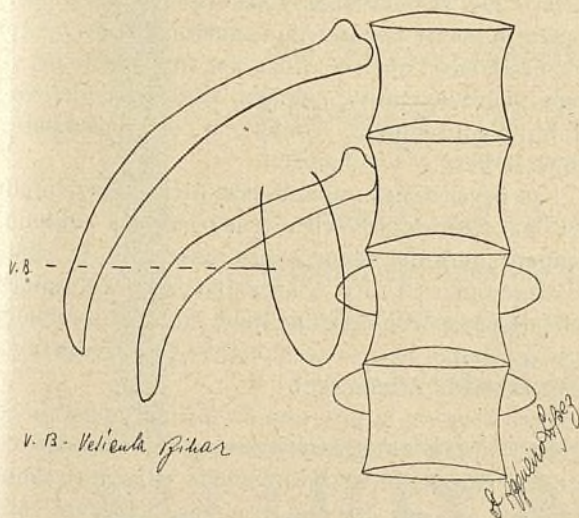


Fig. 2.^a



Esquema segundo.

ción alérgica de las vías biliares por proteínas bacterianas.

En la convalecencia de unas anginas crónicas se instaura bruscamente un violento cuadro de intenso dolor lumbogástrico, semejante al de la litiasis biliar, con predilección a presentarse en las horas distantes de las comidas, las que—como algunos medicamentos antiespasmódicos—los hacen cesar espontáneamente, pero con la particularidad de que cede al ponerse de pie. La región de la vesícula biliar no es

molesta para el enfermo durante el ataque, es la exploración manual la que descubre su sensibilidad moderadamente dolorosa unas quince horas después del cólico. No obstante esta benignidad dolorígena de la vesícula biliar, nosotros creemos que es la causa de todo el cuadro doloroso.

La sensibilización de la vesícula biliar para los alérgenos procedentes de los ataques de amigdalitis se inicia en el segundo brote de anginas con el dolor reflejo en el hombro derecho; en el tercer ataque alcanza la sensibilización neurovegetativa de las vías biliares su máxima intensidad, que se revela por la brusquedad dolorosa.

Fisiológicamente predomina durante el sueño la acción del vago, que cuando el sistema de las vías biliares extrahepáticas se ha sensibilizado, llegando a convertirse en tejido de choque, exalta su tonalidad al ser estimulado por el alérgeno sensibilizante, cierra el esfínter de Oddi y acelera la intensidad de las contracciones de la vesícula.

La patogenia del dolor en este enfermo nos la explicamos del siguiente modo: Durante el reposo (sueño) se llena de bilis la vesícula biliar, que por estar hipersensibilizada no tolera llegar ni permanecer en la amplitud distensiva de que sería capaz fisiológicamente e inicia contracciones que por la irritabilidad de su sistema motor han de ser intensas, profundas, pero ineficaces para la función evacuadora por la sinergia funcional, espasmódica, en que se encuentra el esfínter de Oddi. En este momento de gran tensión biliar es cuando se produce el violento dolor de una intensidad semejante al cólico mecánico, «feliz de Riedel», que despierta al enfermo. Es un cólico «hepático» por alergia de las vías biliares. Al ponerse de pie cesa el dolor porque entra en acción el simpático—antagónico del vago—al que estimulan la actitud corporal, posibles movimientos duodenales, etcétera, que facilitan la abertura del esfínter de Oddi y, por ende, el paso de la bilis al intestino, con lo que se restablece la sinergia funcional de las vías biliares extrahepáticas.

En el dolor del impropriamente llamado «cólico hepático» (nos parece más adecuado «cólico de las vías biliares», porque el hígado sólo entra en acción secundariamente) no creemos se hace preciso la intervención de la vesícula biliar, como supone la teoría de Chiray, basado en sus muy interesantes investigaciones. En los experimentos de Westphal ya quedá la contracción de la vesícula biliar en un plano muy secundario, atribuyendo la causa del dolor al espasmo del esfínter de Oddi.

Así pues, nosotros no creemos que todo el dolor del cólico de las vías biliares corresponde a las contracciones de la vesícula biliar: en ello ha de tomar buena participación el grado de distensibilidad del conducto colédoco. Sin embargo, la hipermotilidad de la vesícula biliar, sin cálculos, da lugar a cólicos intensos, como ocurre en el caso que presentamos, determinados por la presión que ejerce la bilis lanzada sobre el colédoco, que no puede eliminar

por estar cerrado el esfínter de Oddi. En este caso sufre el colédoco, por su posición intermedia, la acción disinérgica de los dos polos de las vías biliares, extrahepáticas. Esto constituiría un estado de acalasia de las vías biliares, análogo al que se admite para explicar el «hunger pian» en la úlcera duodenal, pero aquél en medio alcalino, éste en medio ácido.

Pensando en la fisiopatología de los hechos que nos presenta la clínica de las vías biliares, se comprueba en la intervención de un buen número de enfermos la imposibilidad de que pueda contraerse la vesícula biliar y, por lo tanto, que ella sea la causa de los cólicos. En muchos casos no existe funcionalmente la vesícula, su cavidad está totalmente ocupada por un cálculo al que está más o menos adherida; sus paredes son gruesas, escleróticas, frágiles, incapaces de su tono funcional y, no obstante, los enfermos sufren cólicos muy intensos; pero todavía es más instructivo para desechar la participación de la vesícula biliar en el cólico lo que pasa con algunos colecistectomizados que sufren nuevamente cólicos de las vías biliares tan intensos como los preoperatorios.

Esta interpretación de la fisiopatología de las vías biliares elimina el rutinarismo en la interpretación del cólico «hepático» y aclara muchos hechos que la clínica no se explicaba.

La exploración biológica de nuestro enfermo acusa una inestabilidad neurovegetativa, una reacción vagotónica muy sensible (leucopenia, trombopenia, reflejo oculocardíaco muy positivo).

La sensibilización de la vesícula biliar se manifiesta en algunos casos después de varios ataques de reacciones alérgicas bien definidas, como ocurre en el siguiente caso:

P. R., de diecisiete años, labrador, padres robustos; a los dos años anginas.

El 29 de Mayo de 1929 le picó un tábano en el dorso de la mano derecha, hinchándosele hasta el codo, sin dolores, desapareciendo a los tres días; pero a los cinco o seis días se le presentaron unas manchas rojas en el tórax izquierdo, sin picores, que duraron unos dos días. Hacia la misma fecha del mes siguiente nueva hinchazón de la mano y antebrazo; urticaria generalizada por todo el cuerpo y edema de Quincke en ambos ojos que duraron unos tres días. En los mismos días del mes siguiente, edema de la cara y ojo derecho, que lo tuvo cerrado tres días, acompañándose de dolor muy acentuado en la región de la vesícula biliar, que desde entonces se agudiza con cierta frecuencia. Viene a la clínica con diagnóstico de quiste hidatídico.

Exploración física.—Robusto; pulmón y corazón bien; hígado de tamaño y consistencia normal; dolor muy acentuado a la presión en la región de la vesícula biliar; reflejos negativos. Pulso, 70; Roc, 66; tensión máxima, 12; mínima, 8.

Exploración biológica.—Casoni, Weinberg, Wassermann: negativos.

HEMOCLASIA

	Ayunas.	45' después de tomar leche.
Glóbulos rojos.....	5,600,000	
Hemoglobina.....	85	
Valor globular.....	0,90	
Glóbulos blancos.....	6,400	7,600
Polinucleares neutrófilos. ...	69,00	54,00
— eosinófilos.....	0,00	3,00
— basófilos.....	1,00	0,00
Linfocitos.....	26,00	38,00
Monocitos.....	4,00	5,00
Linfocitos con granulaciones..	8	10
Monocitos con granulaciones..	3	3
Trombocitos.....		84,000
Pulso.....		66
Roc.....		60

Orina.—Albúmina, glucosa, pigmentos y sales biliares: no tiene.

Jugo gástrico de acidez normal.

Las manifestaciones alérgicas de este caso siguen un ciclo bien preciso en su aparición, pero con un carácter polimorfo, con una constante mutabilidad progresiva, aunque sus exuberantes manifestaciones quedan localizadas en los primeros ataques al tejido cutáneo, y solamente en el último brote aparecen sensibilizados los tejidos profundos, la vesícula biliar, que es la que posteriormente da lugar a las molestias reaccionales.

El tipo de alergia congestiva de este enfermo desarrolla su escena en la piel durante mucho tiempo sin participación de la vesícula biliar. La relación entre la piel sensibilizada y los órganos profundos, y viceversa, es un hecho bien conocido clínica y experimentalmente, que se realiza por intermedio del sistema neurovegetativo, ya por exaltación del vago (Holm, Schittenhelm, Tonietti) o por hiposimpaticotonía (Bolten).

Las inyecciones subcutáneas de proteínas producen leucopenia periférica y leucocitosis profunda, compensadora del momentáneo desequilibrio simpáticovagotónico (Müller, Glaser, Baumann, Kammer). Este descenso citológico no tiene lugar si previamente se seccionan los nervios donde se practica la inyección (Embsen, Fretündlich).

Pero a su vez la piel está en íntima conexión con la sensibilidad alérgica visceral, principalmente con la de la mucosa intestinal. Schlos elige dos grupos de niños, uno con diarrea, otro con funciones intestinales normales, y a ambos les hace ingerir clara de huevo durante algunos días; solamente en los primeros logra producir reacciones de hipersensibilidad cutánea. Hajos cita el caso de un individuo sensible para la leche de vacas que no reacciona a la tuberculina más que cuando se somete a régimen lácteo.

En los procesos regenerativos, cutáneos, también el estado alérgico tiene su participación, que Sokolok comprueba en la exaltación reaccional de las heridas cuando los individuos sensibilizados ingieren el alérgeno específico.

Al cuadro de la alergia de las vías biliares han



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

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

Su droguista, al no tenerlo en existencia, se abastecerá por conducto de nuestro distribuidor al por mayor:

SR. DR. REMIGIO ROMERO
ALTAMIRA 5 Y PADILLA 2, ALICANTE, ESPAÑA

**MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olór

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

PEPTALMINE

4

PEPTO-ALBUMINAS
y
HARINA DE TRIGO
en la
envoltura

GRANULADOS

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

· URTICARIA · PRURIGO de los NIÑOS · MIGRAÑAS ·
· TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS ·

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPATICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesia

· COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRAÑAS ·

COLAGOGO

GRAGEAS

y

GRANULADOS

Laboratoire des Produits Scientia D^eE Perraudin. Ph.^o del^e Cl^e 21, rue Chaptal. Paris (9^e)

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *espasmodica*

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

Laboratoire de L'AETHONE, 9, Rue Boissennade, Paris.

de venir a acoplarse un buen número de síntomas que actualmente pasan inadvertidos en su etiología, que encuentra su mejor confirmación en el tratamiento desensibilizante que, como ocurrió en nuestro primer enfermo, hizo desaparecer la violenta sintomatología de sus cólicos hepáticos. Idéntica patogenia creemos tienen algunos cólicos de las vías biliares en los quistes hidatídicos, cirrosis hepática, ictericia hemolítica.

30 Diciembre 1930.

EL PRURITO DE ANO Y SU TRATAMIENTO

POR EL

DR. PABLO DE SALA

El prurito de ano puede considerarse como una enfermedad constituida exclusivamente por el síntoma picor. Wallis dice que puede ser solamente un síntoma o bien una enfermedad, cuidado que hay que tener en cuanto se refiere al tratamiento.

El prurito anal es muy frecuente, no obstante la rareza con que estos enfermos acuden a la consulta del especialista de aparato digestivo. Es mucho más corriente en el hombre que en la mujer. Adler, de Filadelfia, ha encontrado entre los pacientes de su clientela que el 95 por 100 son hombres. Lockhart-Mummery no cree sea tan exagerada esta proporción.

Ante un paciente que sufre de prurito de ano hemos de buscar cuidadosamente las causas que le origina, para que de esta manera podamos llegar a obtener un resultado terapéutico más satisfactorio, no obstante la frecuente rebeldía de esta afección y el resultado tan poco duradero que se obtiene las más de las veces.

Son varias las causas que pueden desencadenar un prurito, presentándose corrientemente en personas de tipo pleotómico que habitualmente son buenos comedores y bebedores, otros son gotosos, reumáticos, nefríticos, diabéticos o enfermos hemáticos.

Es indudable que algunos pacientes sufren ataques de picor anal después de la ingestión de determinados alimentos: pescados, fresas, o bien cuando beben alcohol, café o té o fuman en exceso.

Para Roux el prurito rebelde a todo tratamiento puede estar condicionado a un fuerte aumento de acidez de las heces, guardando una relación entre la intensidad del picor y el grado de esta acidez. Con un tratamiento adecuado que modifique el quimismo de las deposiciones el prurito desaparece.

Es evidente que en algunos casos una fuerte fermentación en el tracto intestinal puede producir picor; he aquí otro de los motivos que tendremos en cuenta cuando pongamos un tratamiento dietético a nuestros enfermos.

La mucosa anal tiene ciertas particularidades que es preciso conocer para explicarnos la causa del picor y el porqué de ciertas prácticas terapéuticas. Esta región está inervada por múltiples nervios sensitivos, acaso los más sensibles del cuerpo, a las influencias táctiles. Es una regla que la máxima sensación esté localizada en la unión de la mucosa con la piel, que es precisamente donde finalizan las terminaciones nerviosas y donde están más finamente agrupadas. Esto nos explica la frecuencia con que los pacientes aquejan sus molestias a esta zona.

Existen causas locales evidentes de suma importancia, tales como los oxiuros y el condiloma en los niños.

Para Luckhardt Mummery y Miles tendría gran valor la constante humedad de la piel de la región anal. Varias son las causas de esta humedad: hemorroides internas, pólipos pequeños, fisuras, fístulas, proctitis, etc. En otros, una secreción excesiva de moco ácido en contacto con la mucosa anal puede producir picor. Mummery cita como ocasionante de este trastorno la acumulación de moco ácido en la parte alta del canal anal, y a este respecto describe un caso en el que cedían sus crisis al evacuar este moco ácido.

Hirschmann y Gordon - Watson, Miles y Lockhardt-Mummery consideran como causa más frecuente del picor a la hipertrofia de las papilas del ano.

La relación que pueda existir entre el picor y una fimosis, hipertrofia de próstata o cualquier lesión de aparato genitourinario, parece hoy día más bien pura coincidencia.

El examen de la orina investigando la presencia de azúcar debe ir siempre acompañado de una determinación de la glucemia. Tampoco se olvidará investigar la sífilis como causante de esta afección.

Dwight Murray ha hecho un examen bacteriológico en numerosos casos de prurito, y ha llegado a la conclusión de que la causa de la irritación de la piel perineal es ocasionada por una infección estreptocócica. Así pudo ver que en 32 casos de prurito en que no se encontró la causa de la irritación, descubrió una infección estreptocócica de la piel, mientras en otros sujetos de control no pudo demostrar esta infección. El estreptococo por él hallado es el faecalis, y dice Murray obtener espléndidos resultados terapéuticos empleándolos en autovacuna.

Debe hacerse siempre un cuidadoso examen del paciente y en especial de la región perianal. El canal anal se explorará primero por tacto rectal y después con el anuscopio. Esto nos mostrará la existencia de fístulas, hemorroides o pólipos, así como el estado de toda la mucosa rectal, valvas de Valsalva y márgenes de ano. Después es conveniente hacer una rectoscopia ya más profunda hasta ver la unión rectosigmoides, que en ocasiones puede descubrirnos un cáncer no palpable.

Lockhardt-Mummery de esta manera clasifica en cinco grupos el prurito anal:

- 1.º Debido a glucosuria, etc.
- 2.º Debido a parásitos, oxiuros, pediculis, etc.
- 3.º Debido a alguna lesión de la región anal, como fisuras, pólipos, prolapso, hemorroides, etc.
- 4.º Pruritos sufridos de antiguo, en que no se encuentra lesión; y
- 5.º Prurito paroxístico.

Siendo este último el más temible, y hace sufrir a los pacientes de una manera tal, que les asaltan ideas suicidas para librarse de este padecimiento, en el que intervienen de manera evidente las terminaciones sensitivas nerviosas que anteriormente hacíamos mención. Son, en suma, pacientes a los que el uso de la morfina u opiáceos les hace fácilmente toxicómanos.

El tratamiento general no debe ser muy severo para no atormentar más al enfermo, ya de por sí obsesionado con su picor. Se le prescribirá una alimentación en armonía a su constitución y estado de su metabolismo, procurando siempre que en su ración entren de manera constante las frutas y vegetales; si es posible se suprimirán del todo las bebidas alcohólicas, café y té. Las deposiciones se regularizarán con la administración de vaselina líquida.

Toda la región anal se tendrá cuidadosamente limpia y seca.

Es impropio indicar que el tratamiento local estará condicionado a suprimir radicalmente la causa local; así serán tratados por los métodos clásicos las hemorragias, fístulas, pólipos, etc.

En los casos en que el eczema sea el causante del prurito se tratará aquél con arreglo a las normas dermatológicas más adecuadas y solamente la enumeración de las múltiples drogas propuestas nos indica la inconstancia en los resultados.

Los pruritos liquenificados se benefician con el alquitrán.

Si la región está húmeda y rezumante, el nitrato de plata en toques seguidos de la aplicación de un polvo inerte es útil.

Hudelo recomienda las pomadas mentoladas alcanforadas:

Mentol.....	} aa 40 centigramos.
Alcanfor.....	
Ictiol.....	2 gramos.
Oxido de cinc.....	} aa 12 —
Lanolina.....	
Vaselina.....	16 —

Existen otras múltiples en las que entra el clorhidrato de cafeína como agente principal.

Sicilia recomienda lavar la región tres veces en el día con fenosalilo y agua; secar y espolvorear con

Acido bórico.....	30 gramos.
Acido salicílico.....	30 centigramos.
Talco.....	} aa 15 gramos.
Oxido de cinc.....	

Por la noche:

Pomada de brea de haya.....	4 gramos.
Oxido de cinc y resorbina.....	aa 15 —

Adler aconseja la siguiente fórmula:

Extracto fluido de hamamelis..	} aa 10 gramos.
Extracto fluido de ergotina....	
Extracto fluido de hidrastis....	
Tintura compuesta de benjuí..	

Chene y Sigward obtienen buenos resultados con la auto-hematoterapia.

Hudelo pudo conseguir curaciones con la autoseroterapia a condición de emplear dosis débiles y repetidas, dos veces por semana.

Los agentes físicos también han sido empleados con más o menos resultado. La electroterapia en diferentes formas, menos en faradización.

La radioterapia puede emplearse directamente sobre la zona del picor o indirectamente sobre medula, simpático pelviano, siendo esta última forma de aplicación mucho menos segura.

Según la experiencia de Lockhardt-Mummery, el 15 o 20 por 100 de los casos tratados por rayos X curan a condición de hacer aplicaciones cuidadosas de grandes dosis semanales. Es preciso, sobre todo en personas jóvenes y a causa de la vecindad de las glándulas endocrinas, evitar una esterilización. Las curaciones fueron obtenidas al cabo de dos o tres aplicaciones.

Solomon aconseja una serie de seis sesiones de 500 unidades R filtradas convenientemente, dos por semana.

También la fototerapia puede hacer aquí algún papel, sobre todo los rayos ultravioleta.

En los casos rebeldes a los múltiples tratamientos anteriormente propuestos pueden efectuarse las operaciones que tienden: unas a extirpar la zona del picor, Kustren y Scheoeder, y otras a efectuar la sección de los nervios de la región.

La operación de Charles Ball da excelentes resultados, es de técnica elegante, y consiste en la sección de los ner-

vios cutáneos que pasan hacia la región anal. Esta intervención tiene el mismo fundamento que la operación contra la neuralgia del trigémino.

La técnica es la siguiente: Después de bien limpia y estéril la piel de la región se hacen dos incisiones curvas a cada lado de la zona afecta, formando una elipse, pero dejando dos vértices, uno superior y otro inferior, en el rafe medio sin seccionar. Se tallan por disección unos colgajos hasta casi la unión con las márgenes del ano, respetando todo el plano muscular.

Se hace una cuidadosa hemostasia con el fin de evitar posibles hematomas que comprometerían la vitalidad de los colgajos y, finalmente, estos colgajos son colocados de nuevo en su sitio y se suturan dejando un pequeño desagüe.

En 1923 Lockhardt-Mummery había practicado 59 intervenciones por prurito rebelde siguiendo la técnica de Ball y vió que 52 curaron definitivamente, en 7 reapareció el prurito de nuevo y en 3 una nueva intervención les libró de sus molestias.

W. B. Gabriel, de Londres, recomienda la inyección subcutánea de una solución compuesta de:

Anestesia.....	3 gramos por 100
Alcohol bencílico.....	5 — —
Eter.....	10 — —
Aceite esterilizado como vehículo.	

A esta fórmula el autor la denomina A. B. A.

En los casos en que los demás tratamientos fracasan suele bastar el empleo de 10 c. c. de esta fórmula, repartidos en cuatro inyecciones de 2,5 c. c. en la mitad posterior de la región perineal en los sectores 4, 5, 7 y 8 de la esfera del reloj. En la segunda semana inyecta 5 c. c. en dos veces en las partes correspondientes a las 10 y las 11 de la esfera y en la tercera semana otras dos en los cuadrantes similares. Procurando que todas las inyecciones sean profundas.

En la actualidad utiliza en muchos casos la siguiente solución:

Pescarina.....	0,5 por 100
Alcohol bencílico.....	10 —
Fenol.....	1 —
Aceite esterilizado.....	5 c. c.

Esta solución produce un efecto más rápido que la anterior y su técnica es en un todo semejante a la empleada con la A. B. A.

Ultimamente, y siguiendo la técnica de las inyecciones anestésicas sobre la región afecta, Yeomans, de Nueva York recomienda una solución de benzoato de benzocaína en aceite de almendras en la que se suman la fuerte acción anestésica del primero mantenido por la absorción lenta de la solución oleosa.

La fórmula es:

Benzoato de benzocaína.....	} aa 5 gramos.
Alcohol fenilmetílico.....	
Aceite de almendras dulces....	90 —

M. para esterilizar y hacer inyectables de 2 c. c.

Bensaude, al que hemos visto efectuar esta técnica, consistente en la inyección de 2 c. c. del producto en las márgenes del ano en pleno tejido celular y en forma de abanico, dice obtener resultados muy satisfactorios.

Lentini sobre nueve casos reseñados en Diciembre del 29 obtuvo resultados excelentes con esta técnica.

Nosotros hemos tenido ocasión de realizar este procedimiento en un caso, en el que no obstante la administración de seis a siete inyecciones no obtuvimos resultado inmediato. La pérdida del paciente nos impidió continuar el tratamiento.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL MILITAR DE MADRID-CARABANCHEL

Servicios de Fimatología.

Dos lecciones sobre meningitis tuberculosa,
por el Dr. Valdés Lambea, jefe del Servicio.

LECCIÓN SEGUNDA (1)

Continuamos con esta lección el estudio de las meningitis tuberculosas. Da una idea bastante clara de las dificultades diagnósticas el caso siguiente. Al principio el cuadro clínico es borroso y cada enfermo tiene sus síntomas, cada individuo reacciona de una manera particular al iniciarse la evolución de las lesiones tuberculosas de las meninges.

* *

Veán ustedes un muchacho de seis años al cual yo había visto cuando tenía dos, con motivo de un ataque de convulsiones, el primer síntoma aparatoso de una neumonía que curó bien. Le perdí de vista y le vuelvo a explorar cuatro años más tarde, porque, según dice la madre, tiene cefalalgia desde hace veinticinco días. Estrabismo interno bastante acentuado que apareció cinco o seis días después que la cefalalgia. A ratos, postración; palidez intensa, miosis, pero las pupilas son iguales y reaccionan bien. No hay rigidez de la nuca, ni KÖRNIG ni BABINSKY. Reflejos tendinosos ligeramente exaltados y cutáneos normales. Reacciones vasomotoras cutáneas intensas. No hay síntomas de aparato respiratorio. Fórmula leucocitaria: 81 granulocitos neutrófilos, 15 linfocitos y cuatro monocitos. Punción lumbar: líquido limpio, reacciones químicas negativas, citología normal.

Vuelvo a ver al enfermo quince días más tarde; la madre dice que está mejor, menos cefalea; a ratos con ganas de jugar. Reflejos rotulianos exaltados. Midriasis. No hay KÖRNIG ni BABINSKY ni rigidez de la nuca. No puedo repetir la punción lumbar y pierdo de vista al enfermo, volviéndole a ver quince días más tarde y encontrándole inmóvil en la cama, en decúbito supino; no conoce ni ve a los que estamos allí. Pupilas muy dilatadas y pulso incontable, que debe pasar de 200. Ptosis. Rigidez de la nuca. Punción lumbar con reacciones citológicas y químicas positivas y bacilos en la red fibrinosa. Muerte.

Realmente este caso no necesita comentarios. Es interesante la falta de reacciones del líquido no obstante la existencia de un proceso meníngeo indudable, la remisión de varios días. Esto de las remisiones en la meningitis tuberculosa tiene mucha importancia, porque la aparente mejoría de los enfermos es a veces tan grande que se llega a dudar del diagnóstico. Realmente en mi enfermo había bastantes motivos para haberlo hecho así.

* *

Muy frecuentemente, los tuberculosos con meningitis entran en materia hablándonos de síntomas del metabolismo, de delgadez. En muchas de mis historias resalta este síntoma de una manera notable. El tuberculoso, que se defendía bastante bien y que conservaba el peso, empieza a decaer, adelgaza, se siente débil, se pone pálido, está triste.

Le exploramos y no descubrimos síntomas nuevos de auscultación: el proceso pulmonar está estacionario; invita-

mos al enfermo a observarse y nos cuenta, pasados unos días, que tiene febrícula. Nosotros le encontramos taquicardia. No sabemos realmente qué pensar, porque otra nueva exploración del aparato respiratorio nos da los mismos resultados que la primera. Aconsejamos al enfermo que repose más, que coma mejor, pero siguen los mismos síntomas o se han acentuado. El enfermo nos dice que tiene dolor de cabeza, sin que este hecho nos llame la atención porque ya tenía cefalea otras veces. De aquí en adelante se va completando el cuadro clínico y un día cualquiera observamos síntomas claros de meningitis.

Este fenómeno de la delgadez, de la desnutrición de los meningíticos es muy frecuente y a mí no se me alcanza la razón de su existencia. Pero no cabe duda que en ciertos casos, al evolucionar las lesiones meníngeas, se intensifican los procesos metabólicos. Esto es verdad, no solamente por el citado adelgazamiento, sino por las grandes cantidades de nitrógeno que eliminan estos enfermos no obstante alimentarse de un modo muy escaso.

* *

Ved a una enferma mía de diecisiete años que yo había visto por vez primera en 1923 con motivo de ligeros trastornos del estado general: nerviosidad, anorexia, cansancio, adelgazamiento. Había lesiones pulmonares ligeras y mejoró fácil y prontamente. Engordó mucho. Sin embargo, cefalalgias molestas que solían coincidir con la menstruación. A principios de 1926 vuelvo a explorarla y me dice que está asustada porque durante el último mes ha perdido 7 kilos, porque tenía buen color y se ha puesto muy pálida en pocos días. Cefalea. Yo la ausculto y no encuentro nada notable. La enferma sigue adelgazando; mucha astenia, gran palidez, febrícula. La cefalea va en aumento. Una tarde ataque convulsivo, que pasa pronto, y de aquí en adelante el síndrome meníngeo se intensifica: anisocoria, dolores y rigidez de la nuca, cefalea insoportable, vómitos, raquialgia, convulsiones generalizadas, coma y muerte. Esta muchacha, durante los últimos días, casi sin ingerir alimento, eliminaba 12 gramos de urea por litro.

* *

He dicho anteriormente que uno de mis enfermos tenía al principio taquicardia. Para mí en los estadios iniciales de la meningitis tuberculosa el pulso es rápido casi de una manera constante. Generalmente leemos que hay bradicardia inicial, y nace—a mi juicio—esta afirmación errónea del hecho de fundamentarla sobre el estudio de la meningitis de los hospitales, porque en éstos observamos a los enfermos con el síndrome bien constituido y entonces hay bradicardia casi siempre. Tenemos, pues, por regla general, taquicardia al principio, bradicardia después y otra vez taquicardia a última hora. La bradicardia depende de la hipertensión y cede a veces cuando evacuamos el conducto medular. Interviene también en la bradicardia la excitación del vago por las lesiones específicas. La taquicardia final depende de la parálisis neuromuscular. Yo he contado 28 pulsaciones una vez y en los últimos días no me ha sido posible contar el pulso en algunos casos; desde luego las pulsaciones pasaban de 200. En ocasiones hay enorme arritmia y no se encuentran dos pulsaciones iguales. El síntoma bradicardia motiva algunas veces un error diagnóstico, puesto que por él y por ciertos síntomas generales se hace el diagnóstico de fiebre tifoidea.

Desorientan muchas veces los enfermos que entran en

(1) Véase el número de 24 de Enero de 1931.

materia con síntomas mentales. Yo recuerdo de una muchacha a la cual me presentaron hace años diciéndome que estaba loca. Desde una semana antes estaba diciendo tonterías y haciendo cosas raras. De pronto un ataque de delirio agudo. Yo hice de primera intención un diagnóstico falso y creí que se trataba de una esquizofrénica. Quizá la enferma tuviera algo de esto y la esquizofrenia condicionara, modelara el síndrome. Los síntomas delirantes pasaron en seguida. Un ataque de convulsiones. Cefalea intensa, ptosis, coma y la enferma no tardó en morir. Un interrogatorio retrospectivo me enteró de que la muchacha no estaba bien, por lo menos desde treinta días antes: había adelgazado, estaba triste, comía mal y le habían dado dos o tres purgantes pensando que tenía el estómago sucio.

El pensar que los niños con meningitis tuberculosa tienen un trastorno digestivo pasajero, una infección intestinal o un paratífus, es frecuente. Estos niños pocas veces se libran de la dieta láctea, del purgante y de los enemas. Un ataque convulsivo, la cefalea intolerable o, cuando menos se espera, un coma intenso, aclaran el asunto. También frecuentemente se echa la culpa de los primeros síntomas meníngeos a los vermes intestinales. Está bien que pensemos en ellos, pero sin olvidar la frecuencia de la meningitis tuberculosa.

El enfermo puede presentarse como tal, por vez primera, con llamativos trastornos del lenguaje. Yo he citado en un libro mío el caso interesante de un ingeniero industrial que nota despachando con su jefe una dificultad enorme para encontrar la palabra adecuada; es decir, que existían síntomas afásicos. De aquí en adelante la evolución completa de un síndrome meningoencefálico. Un niño de cinco años empieza a decaer, come poco y tiene algún vómito. Dieta de leche y purga. Trastornos del lenguaje, afasia. A los seis días de afección manifiesta yo le veo: está levantado, no tiene fiebre, sin midriasis, y ligera rigidez de la nuca. Entonces lenguaje normal. Al día siguiente afasia de nuevo, un ataque convulsivo, coma. Ya el niño no sale de este estado y a los tres días se muere. Yo no le pude contar el pulso, que desde luego latía más de 200 veces y era sumamente arrítmico.

He dicho hace un momento que algunos enfermos en tran en materia aparentemente con un ataque de delirio agudo, y yo cité en la lección del otro día el factor alcohólico. Veán un caso: Yo tenía en tratamiento desde hacía cuatro años a un fímico alcohólico que había demostrado fuertes tendencias curativas. Me llaman una noche diciendo que el enfermo se ha vuelto loco y le encuentro con un ataque de delirio que yo califico de tremens. Al día siguiente el delirio sigue y al otro día coma. Se despeja el enfermo por la tarde y tiene por la noche un ataque convulsivo intenso. Ptosis, anisocoria. Cefalea intensísima. Punción lumbar, encontrando en el líquido 2,25 gramos de albúmina. Reacciones de Nonne y de Pandey positivas; 350 células. Dos días más tarde muerte.

Especialmente en los sujetos que tienen síntomas renales, que ya son conocidos como nefríticos, se cae en el error de diagnosticar un proceso urémico, siendo así que se trata de una meningitis tuberculosa. Yo he sido testigo de un diagnóstico erróneo de esta clase. En aquel enfermo las dificultades eran muchas y se aclaró el asunto haciendo investigaciones en el líquido cefalorraquídeo. Tengamos en cuenta que precisamente en las formas de uremia convulsiva suele haber poca retención nitrogenada, de modo que el hallazgo de una cifra baja de urea o de nitrógeno residual en la sangre no es de mucho valor

Nos fundaremos principalmente para llegar a un diagnóstico exacto en los resultados del cuadro clínico y de la punción lumbar. Es útil tener en la memoria la frecuencia de la meningitis tuberculosa en el adulto.

Nos equivocamos muchas veces por culpa nuestra, por interrogar mal, y en otros casos porque, pese a nuestra intención, las circunstancias hacen el interrogatorio imposible. Digo esto a propósito de que no hay que confundir el comienzo real del proceso meníngeo con el comienzo aparente. Casi siempre antes que el síntoma o el síndrome aparatosos ha tenido el enfermo otras molestias, otros trastornos de los cuales nada nos dice porque no les concedió importancia. Sencillamente un interrogatorio detenido nos llevará en muchos casos al diagnóstico. Véase un caso de meningitis.

Se complica el asunto cuando en el síndrome meníngeo intervienen el bacilo de Koch y otra bacteria. Un sujeto de treinta y ocho años, estudiado por CHALYER y SCHOEN, presenta un síndrome meníngeo. Punción lumbar y hallazgo de meningococos. Tratamiento con el suero específico, que fracasó, muriendo el enfermo. Véanse los resultados de la autopsia: proceso granúlico tuberculoso de las meninges, de los pulmones y del hígado; lesiones caseosas en el riñón y en las suprarrenales. En otro enfermo con síntomas de meningitis se hace punción lumbar y se extrae líquido purulento con muchos polinucleares y algunos meningococos; el enfermo se cae y a los cuatro meses se muere. Autopsia: meningitis purulenta y granulaciones meníngeas fímicas; pleuritis con derrame y tubérculos calcificados.

Otro enfermo de ACHARD, BLOCH y MARCHAL es diagnosticado de meningitis meningocócica; pero con el suero no se consigue que el enfermo mejore ni el meningococo desaparece. Muere el sujeto, y en la autopsia encuentran granulaciones tuberculosas en los pulmones y en las meninges.

El germen asociado al bacilo de Koch no es en todos los casos el meningococo. Un enfermo de COLUMBE y FULKES, un muchacho, tiene vómitos, cefalea y rigidez de la nuca, punción lumbar y hallazgo de un diplococo Gram negativo. KÖRNIG. Nueva punción, encontrando en el líquido entonces el bacilo de Koch con el mismo diplococo, que calificaron de *diplococcus grasus*.

* *

En la meningitis tuberculosa se ven distintos tipos respiratorios, y muy frecuentemente el enfermo respira de un modo profundo, intenso, con lentitud, como si fuera un diabético en coma. En efecto, algunos meningíticos me han hecho pensar en el coma diabético, y al revés; pero el diagnóstico diferencial no es difícil. Ciertos meningíticos tienen respiración de Cheyne Stokes, y algunos de ellos respirando con lentitud, quietos, inmóviles, parece que están semiadormecidos, y han hecho pensar en una meningitis letárgica. A este asunto consagró HERPE, de París, una tesis hace pocos años: da cuenta en ella de varios casos y escribe que el clínico se puede ver en un apuro para hacer el diagnóstico y para separar la encefalitis letárgica de la meningitis tuberculosa. Se han publicado algunos casos de encefalitis letárgica de forma mioclónica que han hecho el diagnóstico difícil, y el enfermo de KINDBERG y LERMOYEZ, que había tenido síntomas de tuberculosis de los pulmones, del riñón y del peritoneo, estuvo quince días somnoliento, pareciendo tener una encefalitis letárgica. No había signos de meningitis. Punción lumbar, extrayendo un líquido con bacilos y

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

Eficaz en el
tratamiento de las **Adenopatías**
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados **Pretuberculosos**



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

IODONE ROBIN

Medicamento de elección contra
el **ARTRITISMO**, la **ARTERIO-ESCLEROSIS**, el **ASMA**
el **ENFISEMA**, el **REUMATISMO**, la **GOTA**, la **SÍFILIS**

Absorción fácil sin los inconvenientes de los ioduros.

GOTAS - AMPOLLAS - COMPRIMIDOS

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

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

Esencias de todas clases.

Solubles en
Aceite de ricino.

Precio: 50 pesetas kilo.



Colores de todas clases.

Solubles en
Aceite de ricino.

Precio: 65 pesetas kilo.

Destilerías Adrián-Klein, S. A.
Benicarló (Castellón).



¡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 exactitud farmacéutica por el
Fábrica y Químico Farmacéuticos Francés Mandri
en su Laboratorio, Francia, 190

polinucleosis. Efectivamente, algunos sujetos, especialmente tuberculosos agotados de alguna edad, hacen su meningitis de una manera mansa, sin síntomas aparatosos. Puede afirmarse paradójicamente que tienen una meningitis gravísima mortal, sin signos meningíticos.

Hay formas verdaderamente hipertóxicas de la meningitis tuberculosa, de tal manera que el enfermo, aun sin fiebre elevada, tiene el aspecto desde el primer momento, la impresión de proceso muy grave. Hay un fuerte estado tífico: muy mala cara, lengua seca y oscura. El porqué de este complejo intoxicante no lo sabemos, ni tampoco se nos alcanza la razón de por qué en ciertos casos, no obstante la exigüidad de lesiones tuberculosas en las meninges y a pesar de no haber tampoco gran derrame ventricular, no existiendo grandes fenómenos inflamatorios, el síndrome general es tan grave. Hemos de admitir, desde luego, que los tóxicos en las meningitis tuberculosas localizan sus acciones sobre el cerebro, y debemos invocar en el momento de esta explicación los resultados de la inyección de tuberculina cuando se pone en contacto este complejo con la cavidad meníngea de un conejillo tuberculoso. Tan intensos son los efectos dichos, que se trata de una verdadera reacción diagnóstica.

* *

Hasta hace poco tiempo el estudio experimental de las meningitis tuberculosas no se emprendió de buena manera porque se había intentado estudiar la meningitis tífica en animales puestos por primera vez en contacto con el bacilo, sin tener en cuenta que el síndrome de la meningitis tuberculosa es un síndrome de reinfección y que se trata en clínica humana de un proceso de naturaleza metastásica. Hay un estudio muy interesante de WILL SOPER y MORRIS DWORSKI sobre la meningitis tuberculosa del conejo, que se infectaba primeramente con antígeno humano y que se inoculaba después por vía orbitaria con bacilo bovino. Muy fácilmente en animales tratados de este modo se estudia un síndrome meníngeo que se inicia a los pocos días, aproximadamente a la semana de la inoculación, y que está integrado por mal pelaje, pocas ganas de moverse, temblor, parálisis de los cuartos traseros, rigidez de la nuca. Aprovecharon estos animales para estudiar el líquido cefalorraquídeo. En todos los casos se produjo la muerte.

* *

Vamos a decir dos palabras sobre otros síntomas de la meningitis tuberculosa. Es muy variable la gráfica térmica de un enfermo a otro y para el mismo enfermo de uno a otro día. Algunos enfermos, como ciertos tísicos, se mueren sin tener fiebre un solo día. Otras veces existe febrícula. Otros individuos presentan ciertos días, o en ciertas ocasiones, temperaturas moderadas o altas, y están apiréticos días después u horas más tarde. Al final han visto muchos autores, y yo mismo, temperaturas elevadísimas: 41°, 42°,2 en un enfermo mío; pero otras veces los enfermos se mueren hipotérmicos.

Es muy difícil saber cuándo va a morir el meningítico. Yo creo que, en general, el período clínico de la meningitis tuberculosa del adulto es más largo de lo que se dice. Ocurre que muchas veces los enfermos se estudian mal y que empieza a contar el médico cuando aparecen los síntomas aparatosos. Para hacer un estudio completo de la clínica de las meningitis es preciso estudiar este asunto en el hospital y en la calle, haciendo visitas como médico de familia y viendo al enfermo desde el principio,

cuando éste se presenta a nosotros diciéndonos que tiene empacho gástrico o que se encuentra débil o que ha sentido un mareo ligero. Engañan ciertos casos determinados momentos clínicos. Alguna vez no se piensa en la meningitis y el enfermo se muere, cuando menos se espera, porque después de un ataque convulsivo se presenta el coma final. Otras veces estamos esperando el desenlace y el enfermo mejora, se tranquiliza, se despeja, dice que la cefalea es menor, duerme. Al día siguiente u otro día más tarde se precipitan los acontecimientos y la muerte llega. Tienen mucho valor los síntomas del pulso y mala señal es que el corazón acelere sus latidos. Seguramente no tardará en morir un meningítico que tiene taquicardia intensa.

* *

No debo terminar esta lección sin ocuparme de la curabilidad de las meningitis tuberculosas. No hay razón ninguna, según los conocimientos actuales, para que no curen algunas veces los tubérculos de las meninges. Pueden éstos desaparecer por resolución o pueden evolucionar hacia la fibrosis, pueden calcificarse. Si desde el punto de vista anatomopatológico todo se reducía a las lesiones productivas y éstas se llegan a curar ha desaparecido el proceso. Las alteraciones vasculares, las lesiones exudativas pueden desaparecer también, y terminar toda la enfermedad si no había lesiones irreparables en el sistema nervioso. Discurriendo de un modo que parece bueno llegamos a admitir la curabilidad de la meningitis tuberculosa de acuerdo con las observaciones de algunos autores que se han ocupado de este asunto. Se conocen más de 150 casos de curación y en un tercio de éstos se encontraron bacilos en el líquido. De todas maneras, y aun sólo admitiendo el diagnóstico seguro en 50 casos, no cabe duda que curaron estos enfermos. Casi siempre la curación ha recaído en sujetos de alguna edad, pero se han curado también niños. McMAHON ha referido la historia de una mujer de veintiocho años con síntomas de tuberculosis pulmonar. Cefalea, fiebre, nerviosidad, somnolencia, náuseas, vómitos y Körnig positivo. Punción lumbar, inoculación al conejillo con resultado positivo, repitiendo la punción días más tarde e inoculando otros cobayos que no se hicieron tuberculosos. El proceso meníngeo de esta enferma se inició en Noviembre de 1923 y fué dado de alta en Diciembre de 1924. CRAMER y BICKEL, PISSAWY y TERRIR, HARBIZ y otros muchos han dado cuenta de casos curados. Es interesante un enfermo de CRAMER y BICKEL: un muchacho que enferma de pronto con cefalea, fotofobia, rigidez de los músculos del cuello y pereza pupilar. Punción lumbar y hallazgo de un solo bacilo. Se inocula un conejillo que se tuberculiza. Mejoría gradual saliendo del hospital el enfermo nueve semanas después del comienzo aparente. Ocho meses más tarde estaba bien. Los citados CRAMER y BICKEL en un trabajo que publicaron en 1922 recogen 45 casos seguros, por el hallazgo del bacilo o por los resultados de las inoculaciones; VIALARD y DARLEBUY dan cuenta de un caso terminado por la curación en el cual ésta se sostuvo, por lo menos, durante once meses.

Yo he estudiado un enfermo tuberculoso que empieza con cefalea intensa, modorra y rigidez de la nuca. Punción lumbar extrayendo un líquido claro, con aumento de albúmina y reacciones globulinas positivas; 155 células por milímetro cúbico. El enfermo empieza a mejorar, le tenemos en el Servicio algún tiempo observándole, y cuando se marcha a su casa con una propuesta de utilidad no tiene el menor síntoma meníngeo.

Un enfermo mío, tuberculoso inveterado, de cincuenta y tres años, que trabajaba, tiene cefaleas violentísimas, vómitos, anisocoria, ligera rigidez de la nuca, amodorramiento. Wassermann negativo en el líquido y en la sangre; punción lumbar, extrayendo un líquido limpio con aumento de albúmina y reacciones de globulinas positivas: no se ven bacilos en él, pero es positiva la inoculación al conejillo. Mejora este individuo, se levanta y vuelve al trabajo, muriendo año y medio más tarde tuberculoso pulmonar, pero sin síntomas de meningitis.

Otro fímico que yo venía estudiando desde hacía largo tiempo se mete en la cama muy postrado, tiene delirio tranquilo, cefalea. Punción lumbar, extrayendo líquido a gran presión, con 165 células y linfocitosis; no hay bacilos, ni se tuberculan los conejillos inoculados. Durante cerca de un mes, síntomas meníngeos poco intensos; nueva punción lumbar, también sin bacilos en el líquido, pero con 2,25 de albúmina y 165 células. El sujeto mejora, y dos meses más tarde se levanta, haciendo como antes su vida de tuberculoso muy entregado. No hay síntomas meníngeos, y nueve meses más tarde muere de una hemoptisis.

Para mí, pues, es indudable la curabilidad de la meningitis tuberculosa por las razones teóricas expuestas, por las enseñanzas de los clínicos que se han ocupado de este asunto y por los resultados de mi propia experiencia. La meningitis tuberculosa indudablemente se cura; pero esto sucede pocas veces.

Es seguro o bastante probable, por lo menos, que ciertos síntomas meníngeos que tienen los tuberculosos, como los que se presentan en sujetos con otras infecciones, no dependen de la existencia de lesiones específicas en las meninges. En estos casos hablamos de meningismo, concepto un poco vago, y nos explicamos el proceso invocando un mecanismo tóxico. No se sabe ciertamente cuáles son las toxinas que actúan sobre el cerebro y sobre sus cubiertas, ni por qué en ciertos casos y en otros no esta actuación existe. A falta de otra palabra más adecuada y de otra explicación mejor, seguiremos hablando de meningismo en presencia de ciertas reacciones meníngeas efímeras.

* *

Podemos intervenir nosotros en la obra de la curación de la meningitis tuberculosa. En este terreno, como en todos los de la Medicina, ha habido abundantes ilusiones terapéuticas. Yo recuerdo de trabajos publicados sobre la curación de la meningitis tuberculosa sencillamente por la punción lumbar, y recuerdo también en otros trabajos más extraños en los cuales se aconsejaba el tratamiento de la meningitis tuberculosa por las inyecciones de tuberculina. No creo necesario decirles a ustedes que las inyecciones de tuberculina no deben emplearse en estos casos, entre otras razones, porque cuando menos se espera se pueden producir reacciones focales sumamente desagradables. A nadie que conozca la teoría y la práctica del tratamiento por antígenos se le ocurrirá emplear éstos contra la meningitis tuberculosa. De las punciones lumbares repetidas, sólo podemos esperar una mejoría de los síntomas debidos a la hipertensión intracraneana y quizás de ciertos trastornos tóxicos por el hecho de extraer con el mismo líquido cierta cantidad de toxinas. Yo aconsejo especialmente la práctica de la punción lumbar cuando la cefalea es intensa y cuando hay grandes ataques convulsivos.

Procuraremos no molestar inútilmente a estos pobres enfermos. Los enormes dolores de la meningitis sólo me-

joran con la citada punción lumbar y a fuerza de poderosos analgésicos administrados a dosis suficientes. Yo creo que el mejor de ellos es, sin duda, la antipirina, que daremos sin miedo en sellos de 60 o más centigramos, y en los niños por tomas de 15, 25, 30 centigramos, según las edades. Daremos el fármaco sin miedo a dosis suficientes hasta conseguir la sedación del dolor. La bolsa de hielo a la cabeza no sirve para nada. Los cauterios, los vejigatorios, los abscesos de fijación pertenecen al casillero de la terapéutica martirizante. Yo no empleo nunca medicamentos que exciten al enfermo, y que tienen en los meningíticos acciones de poco provecho: me refiero a la cafeína, al alcanfor y a drogas semejantes. El baño caliente es muy útil: los enfermos se tranquilizan y se encuentran más a gusto. Yo he hecho intentonas de tratamiento intrarraquídeo de las meningitis tuberculosas por medio de las sanocrisinas, y les aconsejo a ustedes que no imiten mi ejemplo: el fármaco provoca reacciones desagradables, y aun suponiendo que actuara contra el bacilo de Koch no le emplearemos de esa manera, sino inyectándole directamente en el torrente circulatorio.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS BILIARES, por el Dr. Carlos Carbonell, prólogo del Sr. Argüelles. Un tomo de 256 páginas, con 108 figuras en negro y 16 a todo color.

El número de enfermos de las vías biliares es enorme. En una reciente conferencia hecha en la Sociedad de Hidrología médica, afirmaba el Dr. Hernando que de cada tres enfermos que acudían a su consulta creyendo padecer del estómago, uno por lo menos lo que padecía en realidad era una enfermedad de las vías biliares.

Se duele el Dr. Carbonell de que a pesar de esto sea tan escaso el número de pacientes que se someten a una intervención quirúrgica, siendo así que el tratamiento médico es, a su juicio, poco o nada eficaz y lo atribuye a la falta de ambiente quirúrgico que hay en España, fuera de las grandes capitales. Al mismo tiempo echa de menos una obra en la que se estudien de un modo claro y completo las enfermedades de las citadas vías biliares y su tratamiento.

Para obviar esta falta, y al mismo tiempo para hacer una calurosa defensa de la intervención operatoria en estas dolencias, hecha en tiempo oportuno y no como última carta a jugarse cuando el mal no tiene remedio, ha escrito este tratado, en el que ha conseguido colmar cumplidamente sus deseos, pues además de agotar completamente la materia está escrito en estilo claro, conciso y ameno, por lo que se lee sin esfuerzo alguno.

Merecen citarse por lo nuevo el capítulo de la fisiología y el de colecistografía, y por lo completo el de la teoría sobre la formación de los cálculos y los de indicación y técnica quirúrgicas.

Editada la obra por la casa Morata, no hay que decir que la presentación es impecable, y los muchos grabados que tanto contribuyen a la comprensión de las materias tratadas están reproducidos con toda la claridad y precisión que el autor pudo apetecer.

F. G. D.

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

Fórmula : Yodoyoduro de potasio y hamamelidina

A/D



IODAMÉLIS

Específico cardio-vascular total

en los

**Arterio-Esclerosicos
uricemicos
Hyperviscosos**

en los

**Hypertensos venosos
cyanoticos
Varicosos**

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

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

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

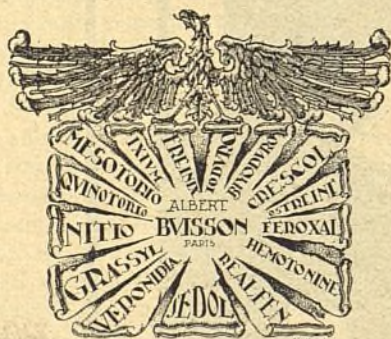
SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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



SEDOL

Asociación escopolamina-morfina.

AMPOLLAS — SUPOSITARIOS

Literatura, muestras
e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075.—Tel. 35.407

MADRID

**Sustituye con ventaja a la morfina
y evita sus inconvenientes.**

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

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

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

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

Solicítense Muestras Gratis

Agente G^{al} para España: **FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)**

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Wodon. A PROPÓSITO DE LA UTILIZACIÓN DE LOS EXTRACTOS HIPOFISARIOS.—Es preciso no utilizar más que preparaciones de extracto posthipofisario perfectamente dosadas en unidades internacionales y no inyectar de una vez más de 5 unidades, mejor 2 unidades, que no deberán renovarse hasta pasados treinta a cuarenta minutos, sin inyectar nunca más de 10 unidades antes de la expulsión del feto.

La administración más recomendable es por vía intramuscular, pues la vía endovenosa puede provocar angustia con taquicardia.

El autor demuestra por histerografía externa que las dosis mínimas de 2 unidades provocan un aumento del 150 por 100 del trabajo-minuto.

Las contraindicaciones se reducen a dos circunstancias: el obstáculo mecánico a la salida del feto y la hipertonia uterina.

Para reducir la contractura del útero resultante de la administración accidental de una dosis demasiado fuerte de extracto hipofisario, no es preciso administrar morfina ni recurrir a la narcosis, sino dar papaverina o, mejor, cloruro o sulfato de magnesio. Estas sales, administradas a la dosis de 2 gramos de la solución al 50 por 100 por vía intramuscular producen rápidamente una espasmolisis del útero. (*Compte rendu des Journees Medicales du Centenaire*, 28 Junio a 2 de Julio de 1930.)—T. R. Y.

Teodoro Fracassi y Oscar Cames. ABSCESOS ENCEFÁLICOS OTÓGENOS.—Es necesario tener en cuenta la variedad anatomopatológica que pueden presentar estas lesiones.

Algunos abscesos son enquistados, con una verdadera membrana limitante; constituyen los casos más favorables. En otros no hay tendencia a la limitación. Se trata más bien de una encefalitis evolutiva cuya parte central evolucionada es el absceso. Son los más graves y justifican a los partidarios de las craniectomías amplias, de la exteriorización cerebral para fundamentar su método.

Pero, ¿acaso está en nosotros el poder limitar la encefalitis? Su extensión depende de una entidad de factores y el mecanismo íntimo de las reacciones del tejido cerebral es todavía mal conocido.

Los abscesos cerebrales tienen una mortalidad que oscila de los cerebelosos que los cerebrales. La estadística global ya antigua de Neumann da, sobre 196 casos de abscesos cerebelosos, 40 curaciones. Tal vez influya en su gravedad el hecho de que su diagnóstico se hace más tardíamente.

Los abscesos cerebrales tienen una mortalidad que oscila del 30 al 40 por 100. La mejor estadística es la de Mac Ewen; 80 por 100 de curaciones.

Preferimos la anestesia local que, a nuestro juicio, puede constituir un factor de menor mortalidad. (*Rev. Med. del Rosario*, Octubre 1930.)

S. Ramírez. LA PUNCIÓN RAQUÍDEA EN EL DIAGNÓSTICO PRECLÍNICO DE LA NEUROSÍFILIS.—Debe entenderse por período preclínico de la neurosífilis aquel que se manifiesta sólo por signos en el líquido cefalorraquídeo en ausencia de síntomas clínicos.

Existen dos formas de meningitis latentes en los sífilíticos: una precoz, en el segundo período de la lúes, que trae a la reacción general del organismo en la fase septicé-

mica de la infección, y otra tardía, que revela una localización nerviosa; pero hay signos suficientes para diferenciar una de la otra, o ambas justifican un intenso tratamiento antisifilítico.

Aunque la meningitis no es el principio común a todas las formas de sífilis nerviosa, precede a la aparición de sus manifestaciones clínicas.

En la generalidad de los casos la punción raquídea es un medio para conocer la existencia de la neurosífilis.

En la actualidad sólo se practica la punción cuando hay motivos justificados, y es aceptado casi uniformemente se verifique en todo sífilítico vesánico y nervioso.

Los inconvenientes y trastornos que en ocasiones origina la punción son insignificantes comparándolos con las ventajas que proporciona, sobre todo si por este medio se reconoce la neurosífilis en el período preclínico.

Siendo más eficaz el tratamiento de los neurosífilíticos en el período preclínico, es de aconsejarse que se tienda a hacer obligatoria la punción raquídea, aun en los individuos no aparentemente enfermos, para llevar a cabo con mayor provecho la profilaxis nerviosa. (*Hosp. Gen.*, México, Octubre de 1930.)

S. Wolff. LA DIETA DE MANZANAS, DE MORO, EN EL TRATAMIENTO DE LAS DIARREAS.—La dieta de Moro para el tratamiento de las diarreas fué idea de una enfermera, Frieda Klimsch, del sanatorio para niños de Koenigsfeld. Se trata de una medicina popular bastante extendida para tratar los vómitos y las diarreas infantiles, y que antes que por Moro fué preconizada por Feer para el tratamiento de las colitis febriles. Es aplicable a todos los niños que padecen diarreas, cualquiera que sea su etiología, y no precisa preparación de dieta hídrica, ni purgantes. Las manzanas se pelan, se parten en grandes trozos separando el corazón y pepitas, y se rallan sobre una ralladera de cristal. Esta papilla cruda es la que se administra en dosis de 100 a 200 gramos cada vez, y en los niños mayores 300 gramos por dosis. Sólo está contraindicada en los niños de pecho muy pequeños y en aquellos que padecen diarreas crónicas de larga duración y están muy desnutridos. Se repiten las comidas tres o cuatro veces al día. Cuando hay mucha sed, en los niños muy deshidratados y en los días de mucho calor, se suministra de vez en cuando un poco de agua o de té frío y si la deshidratación va acompañada de gran pérdida de peso se hacen inyecciones subcutáneas de disolución de cloruro sódico o de glucosa. El éxito es rápido y seguro—en el 100 por 100 de los casos—, según el autor. No precisa prolongar el tratamiento más allá del segundo día. Antes de volver a la dieta ordinaria se pasa por una consistente en: primer desayuno, 150 o 200 gramos de cacao preparado con agua o con leche aguada y un zwieback (pan de Mallorca); segundo desayuno, una yema de huevo cruda con limón y azúcar, un trocito de jamón sin pan y un plátano; medio día; sopa de arroz y carne, un plátano. Merienda igual al primer desayuno, más un poco de queso fresco. Cena, sopa de arrowroot. Alguna vez, sobre todo cuando la dieta de transición no se ha observado bien, vuelven a ser blandas las deposiciones y es preciso volver dos días a la dieta de manzanas para asegurar el éxito.

El autor ha tratado más de 150 niños con dispepsias agudas y crónicas mediante esta dieta, siempre con magníficos resultados. En determinadas ocasiones se trataba de casos graves que habían resistido a otros tratamientos, con deshidratación y alguna vez con convulsiones y, sin embargo, los resultados fueron tan rápidos como seguros. En alguno de ellos no se conformó con dos días de dieta de manzanas

y prolongó el tratamiento hasta cuatro días. Claro está que conviene no esquematizar demasiado y aplicar la dieta conforme convenga en cada caso, sobre todo en cuanto a duración. (*Deutsche med. Woch.*, núm. 25, 1930).—F. G. D.

André Jaendel-Rescier. EXPLORACIÓN CLÍNICA DEL PANCREAS NORMAL Y PATOLOGÍA POR EL ESTUDIO DEL JUGO PANCREÁTICO RECOGIDO DESPUÉS DE LA INYECCIÓN DE SECRETINA PURIFICADA.—La secretina purificada permite provocar la secreción externa del páncreas en el hombre. El autor en su experimentación inyectó en las venas tres ampollas de secretina diluídas en 6 c. c. de agua bidestilada, sin observar ningún accidente, ni siquiera incidente.

Los resultados obtenidos en cerca de cien enfermos son los siguientes: Se obtiene una respuesta pancreática en el primer minuto que sigue a la inyección intravenosa de secretina. Esta respuesta se caracteriza por un desprendimiento más rápido del jugo duodenal recogido por la sonda de Brishom, que cada vez se va haciendo más pálido cuanto menos bilis contiene y más jugo pancreático.

En los casos normales de páncreas suficiente, la respuesta pancreática es inmediata y el volumen del jugo segregado está considerablemente aumentado, llegando hasta 100 y 150 c. c. en los quince y veinticinco minutos. Las dos primeras muestras recogidas después de la inyección intravenosa de secretina contienen ya una cantidad mucho mayor de tripsina y de lipasa que la de las muestras recogidas antes, con frecuencia el doble y a veces aun más.

En los casos anormales de insuficiencia pancreática está con frecuencia retardada la respuesta a la inyección, pudiendo hacerse esperar cinco o seis minutos, rara vez más. La curva de los volúmenes puede estar disminuída, si bien lo corriente es que sea normal. Existe una disminución de la cantidad de enzimas, o sólo muy rápida y débilmente creciente. Los dos fermentos, por lo general, están equiparados.

Este síndrome de insuficiencia pancreática se encuentra en ciertos casos de colecistitis, litiasis o no, en las cuales la intervención quirúrgica ha permitido poner de manifiesto un páncreas duro (pancreatitis simple), en los quistes de páncreas, y sobre todo en los diabéticos.

En este documentadísimo trabajo muestra el autor que la prueba de la secreción pancreática por la secretina purificada debe ocupar un destacado lugar entre los procedimientos de exploración clínica del valor funcional de esta glándula.

Mediante ella pueden descubrirse pequeñas insuficiencias imposibles de diagnosticar ni aun por el examen directo del jugo, sin excitaciones secretorias. (*Tesis de París*, 1930. Assette, ed. París). DR. PRENAIS.

T. Padilla y P. Cossío. LA QUINIDINOTERAPIA ENDOVENOSA EN LAS TAQUICARDIAS PAROXÍSTICAS.—La dificultad de valorar los medicamentos administrados por vía bucal en el tratamiento de la enfermedad de Hoffman-Bouvieret y la frecuente ineficacia de las maniobras realizadas con el objeto de estimular la acción frenadora del neumogástrico sobre el cronotropismo y dromotropismo cardíaco, ha determinado usar la vía intravenosa, de acción inmediata, en el tratamiento de los accesos de taquicardia paroxística.

Singer y Winterberg, los primeros, utilizan una dosis única de biclorhidrato de quinina, entre 0,40 y 0,75 gramos; tratados nueve enfermos en pleno acceso obtienen seis éxitos; restablecimiento del ritmo normal de pocos segundos a diez minutos de la inyección endovenosa de quinina.

Geraudel y Mouquin detienen bruscamente un acceso de taquicardia paroxística con 0,40 gramos intravenosos de

clorhidrato básico de quinina, después de haber fracasado con dosis de 0,25 gramos.

Wilson y Wishart consiguen cesar los accesos de taquicardia paroxística por la introducción endovenosa de una preparación de digital, después de haber fracasado con 0,20 gramos, en uno, y 0,50 gramos de quinidina endovenosa.

Hemos tenido la oportunidad de obtener tres éxitos rotundos en dos enfermos, deteniendo accesos de taquicardia paroxística prolongados, después del fracaso de todas las maniobras corrientes, con dosis de 0,50 gramos de sulfato de quinidina.

Hoy la quinidinoterapia endovenosa debe emplearse por su inocuidad absoluta, su real eficacia en todo acceso de taquicardia paroxística prolongado e irreductible a las maniobras usuales, pero con las precauciones siguientes:

Usar sulfato de quinidina químicamente puro, con impureza no mayor de $\frac{1}{2}$ por 100, en dosis de 0,50 gramos, disuelta en 10 c. c. de suero fisiológico y esterilizado para administración endovenosa.

Hacer la inyección lentamente y colocando el enfermo en posición horizontal. Si la cantidad inyectada no es suficiente para detener el acceso de taquicardia paroxística, no hay inconveniente de repetir mayor dosis, pasado cierto tiempo, pudiendo llegar hasta 0,15 gramos por 10 kilos de peso.

Una vez detenido el acceso de taquicardia paroxística con la inyección endovenosa de quinidina, se seguirá administrando por vía oral, a la cantidad y forma habitual, para obtener resultados duraderos. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 6 Noviembre de 1930, año XXXVII, núm. 1921, página 1.402).—M. A. C.

M. E. Massa. SOBRE REFLEXOTERAPIA EN DERMATOLOGÍA.—Descripción de un caso de parapsoriasis rebelde que curó con irradiaciones ultravioletadas de veinte, treinta, cuarenta y cincuenta minutos, a 50 centímetros de distancia focal, y de otro de psoriasis, también rebelde a todo, incluso a los rayos X y a los ultravioletados, que curaron cauterizando los cornetes medios: primero con un estilete al rojo y luego con nieve carbónica y después irritándolos mecánicamente con una sonda áspera. (*Cró. Méd. Mex.*, Junio 1930.)

Nacionales

Oscar Torras y Ramón Sarró. SÍNDROMES MELANCOLÍCOS POSTENCEFÁLICOS.—Los autores exponen un caso de psicosis mesencefálica caracterizado por la reaparición periódica de fases de aquinesia a las que se agrega un síndrome depresivo con reacciones agresivas esporádicas. Se admite la posibilidad de un origen mesencefálico en vez de una posible coincidencia de los procesos distintos de tipo maníaco-depresivo por la ausencia de antecedentes constitucionales, por la íntima amalgama entre síntomas psicóticos y encefalíticos, por las relaciones de coincidencia temporal, de comienzo y de curso con la encefalitis y, por fin, en vista de las analogías parciales entre la sintomatología depresiva y la amiotática. El caso es también utilizado para efectuar consideraciones generales sobre la psicopatología de la encefalitis epidémica y sobre la significación de las zonas subcorticales para la vida psíquica. Los autores exponen, además, otras dos observaciones de síndromes melancólicos de posible origen encefálico, en atención a su atipicidad. Respecto al problema de las transformaciones paranoicas, el caso en cuestión no permite una interpretación concluyente. (*Anales del Hosp. de la Santa Cruz y San Pedro*, t. X, núm. 5.)



CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRICNICO

Injectables a base de alcanfor natural del Laurus, Canfora y Óxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estricnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonías con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonías especialmente de los ancianos.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

No es producto laxante ni purgante: es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Injectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

CIATICARINA

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado. — MADRID

Ayuntamiento de Madrid

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

Destinado á enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física.

Hotel de dietética. — Dos hoteles para psiconeurosis.

Pabellón especial de radioterapia profunda. — Sección especial de toxicómanos.

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

SANTANDER

NOTAS IMPORTANTES PARA LOS SUSCRIPTORES

Toda suscripción se considera prorrogada de no recibir aviso en contrario.

Cuando nos remita un giro postal puede descontarse el importe de los gastos.

Las letras giradas a los suscriptores llevan un aumento de dos pesetas por los quebrantos, móviles, etc.

Todos los libros que desee adquirir pídalos a nuestra Administración, quien deja el beneficio que le haga el librero a

(Continúa en la pág. XXIII.)

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS ATARROS 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. Tubo con cánula. 3,50 pesetas; correo, 4. De venta en farmacias.

VINO TONICO FOSFATADO

preparado por el

Dr. MADARIAGA

Presta eminentes servicios contra la **anemia y colores pálidos**, contra la **tuberculosis**, **raquitismo** y **manifestaciones escrofulosas**, siendo insustituible como complemento á la alimentación de los convalecientes y como cordial para sostener y vigorizar las fuerzas de los ancianos.

DEPÓSITO:

Plaza de la Independencia, 10, MADRID
y principales farmacias de España.

von Bülow ha comprobado la existencia de polen de bosque claro, formado por abedules, pinos, avellanos, sauces, alisos y robles, éstos muy viejos, lo que indica un promedio del llamado «período atlántico», datado tres mil quinientos años antes de Jesucristo, en plena época neolítica.

El arado de Georgsfeld es, pues, el más antiguo de los conocidos. Del mismo tipo son el que aparece en la sístula de bronce de Certosa (Italia) —siglo V

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

antes de Jesucristo — y en los vasos griegos de los siglos V al VII precristianos, que representan a Deméter, con su hija Cora, enseñando a cultivar a Triptolemo para que lo propague por el mundo

Esto lleva a pensar que esta forma de arado perduró durante muchos siglos, y originaria de los países norteros, pasó de ellos a los meridionales. Su relativa ineficacia, puesto que el arado no realiza funciones de tal hasta que se le aplica la reja de piedra y luego la de hierro, nada quiere decir. He sido, en una de sus descripciones, habla del arado de reja de roble, cuya pervivencia en civilizaciones tan adelantadas viene a demostrar que aún era útil para aquellos pueblos.

Lactofitina: reconstituyente infantil.

SUBLIME MONOTONIA

El altar de la Virgen se ilumina, y ante él de hinojos la devota gente su plegaria deshoja lentamente en la inefable calma vespertina.

Rítmica, mansa, la oración camina con la dulce candencia persistente con que deshace el surtidor la fuente, con que la brisa la hojarasca inclina.

Tú que esta amable devoción supones monótona y cansada, y no la rezas porque siempre repite iguales sonos,

Tú no entiendes de amores y triste [zas...]

¿Qué pobre se cansó de pedir dones?
¿Qué enamorado de decir ternuras?

E. MENÉNDEZ PELAYO.

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

EL COMISARIO. — ¿Es usted casado?

EL detenido. — No; pero, vamos... si es que tiene usted alguna hija joven...

SI QUIERES comer pan, no te duermas sobre el salvado.

El porvenir del hombre sobre la Tierra.

El futuro es un abismo, ha dicho Wells, y realmente alguna de las visiones que él nos da son vertiginosas y desconcertantes. Pero sin llegar al reino de lo novelesco, sin imposibles viajes a las tenebrosas profundidades marítimas, o aventurarse en el infinito tratando de conquistar nuevos mundos, sin abandonar esta modesta cáscara sobre la que ponemos nuestros ojos, el futuro nos ofrece una visión desconcertante.

Se calcula que en el año 2100, o sea dentro de ciento setenta años, la población total del Globo habrá pasado de 1.960.000.000 de almas que hoy tiene, a 6.000.000.000. Es decir, la cantidad máxima de personas que puede mantener la Tierra según la ciencia. Sin embargo, el gran geógrafo alemán Albrecht Penck, en un estudio presentado a la Academia de Ciencias, asegura que la capacidad será en un lejano futuro de 8.000.000.000. Quedará entonces una mil a cuadrada para cada 1.0 almas; es decir, tendremos — teniendo en cuenta las regiones desiertas — una densidad efectiva de 237 personas, den-

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)

Véase anuncio, página III.

sidad superior a la de la actual población de Nueva York, que es de 217.

Europa, por sí sola, se encuentra ya en difícil situación, según el profesor Penck. Tiene exactamente millas cuadradas 3.750.000, que pueden nutrir a 550 millones de hombres, y en la actualidad mantiene a 480 millones.

No se halla en el mismo estado América del Sur, que puede tener gran importancia en nuestro porvenir, después de que muchos de nuestros desiertos sean transformados en tierras productivas, gracias al esfuerzo humano impulsado por la necesidad. Pensando en esto, lo que sorprende e impresiona no es tanto la hipótesis de la carestía y del hambre como el fenómeno colosal,

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.

el espectáculo grandioso de esta cifra, el vértigo de esta multiplicación, la pesadilla de este hormiguero de humanidad extendiéndose sobre los campos y las montañas, las selvas y las playas. ¿Pero qué decimos? ¿Playas? ¿Selvas? ¿Montañas? Seguramente en el año 2100 no habrá nada de esto, no brotará una hierba, no se alzarán un árbol, no existirá una colina. Habrá desaparecido todo, perdiendo su color y su aspecto, tragado, absorbido por la Humanidad, que levantará monstruosas ciudades de gigantes rascacielos que se extienden en todos sentidos, yendo a unirse, a fundirse, con otras y otras ciudades que formarán un todo único y fantástico.

Las ordenanzas de Luis XI contra los defraudadores en los alimentos.

El *Figaro*, a propósito de los trastornos de estómago con que los restaurantes franceses obsequian a sus parroquianos, acaba de trasladar al público las magníficas ordenanzas que hacía el



año 1460, en tiempos de Luis XI, regulaban el fraude alimenticio. Da gusto volverlas a leer:

«A quienquiera haya vendido leche bautizada con agua, se le pondrá un embudo en la garganta, y a través de éste se le introducirá en el estómago una cantidad de dicha leche aguada hasta que un médico o un barbero diga que el individuo no está en condiciones de tragar más.

»Quienquiera haya vendido huevos podridos o averiados será cogido y expuesto a la picota. Los huevos se darán a los niños, que a manera de guasa se divertirán en tirárselos en la cara para que se ría la gente.

»Quienquiera haya vendido mante-

Urosolvina: eficaz antiúrico.

quilla conteniendo nabos, piedras u otros objetos, será atado de un modo muy curioso a la picota. Luego se le pondrá rudamente la mantequilla en la cabeza, y hasta el pueblo podrá agraviarle con aquellos epítetos difamatorios que prefiera (sin ofensa para Dios o para el Rey). Si el sol no calentara bastante, el criminal quedará expuesto en la sala más grande de la cárcel, ante un hermoso y enorme fuego, donde cada cual podrá ir a verle.»

¿Qué dirán nuestros actuales defraudadores alimenticios si a las pequeñas multas modernas se substituyeran semejantes penalidades cuatrocentistas? El público se divertiría mucho más que ellos; sus bolsillos no saldrían perjudicados, y quien come en su casa o en el restorán ganaría en salud. Sería preciso probarlo.

DOCTOR SOL.

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

CUMPLIMIENTO es la manera fina, sobona, insoportable, pero corriente, que han encontrado las personas educadas para burlarse unas de otras.

SELGAS.

EN UN JUICIO de faltas, el juez impone una multa a un caballero por haber llamado bestia a una señora.

—¿De modo que no se puede llamar bestia a una señora?

—De ningún modo.

—¿Y me multarán también por llamar señora a una bestia?

—No, señor.

—Pues entonces, señora, a los pies de usted — dice a la demandante, y se va muy tranquilo.

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

Los mandamientos del Dr. Labbé sobre higiene de la alimentación.

I. Manos limpias y platos y utensilios limpios hacen que la comida sea apetitosa y sana.

II. Comed a horas fijas, masticad cuidadosamente, reposad después de cada comida.

III. Atended al apetito, pero sin convertirlos en esclavos suyos; comed todo lo debido.

IV. Guardaos de los extremos, de lo demasiado y de lo insuficiente, pues todo extremo es siempre nocivo.

V. La carne forma el músculo; pero el azúcar le da fuerzas.

VI. Para subir a una colina vale más

CARABAÑA: el mejor purgante.

una pastilla de chocolate o un dulce de manzana que un grueso bistec.

VII. Con la leche y las legumbres, y no con carne, es con lo que se construye el esqueleto.

VIII. Un poco de vino alimenta; mucho alcohol mata.

IX. Es necesario tomar agua para lavar el interior del cuerpo, como se lava la piel.

X. Espinacas, achicorias, repollos, frutas, se encargan de limpiar el intestino.

XI. Legumbres frescas, patatas, remolachas, nabos, alcalinizan el organismo, siendo los antidotos de la carne, que lo acidifica.

XII. Comed alimentos bien cocidos, pues serán así más sabrosos, más digestibles y menos tóxicos.

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

MÁS CONTRARIA es la fortuna al hombre que no le deja gozar lo que tiene, que no al que le niega lo que le pide.

PLATON.

**

—A PESAR de la crisis me comprometo a hacer un buen negocio si alguien me presta tres mil pesos.

—¿Cuánto ganarías?

—Los tres mil pesos.

La salud de los estudiantes.

La Policlínica de la Universidad de Moscú, que examina la salud de los escolares, ha publicado sus estadísticas, que tienen un gran interés. De los estudiantes examinados, más del 50 por 100 padecen «surmenage» y neurastenia.

Entre los escolares que cursan Medicina se reconoció escrupulosamente a 276; sólo el 19 por 100 estaba completamente sano; el resto padecía lesiones respiratorias, cardiovasculares, enfermedades de la sangre y un elevado porcentaje de tuberculosis.

Dada la admirable organización sanitaria rusa, los estudiantes enfermos hacen sus vacaciones en sanatorios y casas de reposo.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Nueva aplicación de los 49 grados de fiebre.

Visitaba yo en cierta ocasión un enfermo, al tío Pedro el Tano, afecto de fiebre paratífica.

Tenía por esposa a una mujer rampóna que era la avaricia personificada, lo que le hacía tener una afición exagerada al interés pecuniario. Sacar de su bolsillo un real, no digamos un duro, era cosa imposible, y antes hubiera preferido que le sacaran una muela, como decimos por aquí, por mucha falta que le hiciera.

Sucedió, pues, que en una de mis visitas, al descubrir al enfermo para explorar el abdomen, pude ver que entre sus piernas tenía... no reirse, señores, ¡¡¡diecisiete—habían de ser nones—huevos de gallina!!!

Mi asombro no tuvo límites y no sabía qué pensar ni a qué carta quedarme, pues creí de buena fe que se los

“MALTOPOL”

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

habrían puesto por recomendación de alguna comadre para obtener la curación, es decir, un caso de curanderismo de los muchos extravagantes que se usan en los pueblos.

Pues no, señor; no fué por un acto de curanderismo. Fué un acto de ingenio de su cara mitad, a la que aquel día se le había muerto la clueca que estaba incubando los huevos, cuyos polluelos estaban a punto de salir, y se le ocurrió ponérselos al enfermo para ver si con el calor de su fiebre terminaba de incubarlos, rescatando así su perdido capital.

Al enterarme de ello, mi enojo, por si se trataba de lo que pensé en un principio, fué substituído por un acceso de risa a mandíbula batiente y hasta creo se me descoyuntó.

Excuso decir que la incubación terminó por lo que tenía que terminar... por una tortilla.

PEDRO ARILLA

REFRANES

Entran los amores riendo y salen gimiendo.

Más teme el ambicioso que el menesteroso.

Quien mucho tiene más espera.

De la justicia a la severidad corto es el camino.

ANTIPHLOGISTINE

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

VERANO

Las aves cantan a coro: su fuego el sol no mitiga, y derrochan su tesoro el cielo en rayos de oro y el campo en dorada espiga.

De dulce fruto cargadas, qué rico néctar da luego, caen las cepas desgajadas entre ardientes oleadas de luz, de vida y de fuego.

Con gigante poderío fuerza es que la tierra asombre al mostrar todo su brío. El año llega al Estío como el niño llega a hombre.

JOSÉ JACKSON.

Kelatox: Sedante atóxico.

—¡CENTRAL!, comunicación con mi mujer.

—Diga el número.

—¡Rediez! ¡Cuántas mujeres piensa usted que tengo!

**

UN QUINTO de Cogolludo, cumplido a más no poder, en cuanto empieza a llover se cuadra y hace el saludo.

—En todo hay que ser formales, dice—. Y el quinto aludido lo es tanto, porque ha leído ser las lluvias generales.

**

—¡PERO, QUE linda quedó su casa! ¡Su arquitecto debe ser un genio!

—¡Oh... le diré! Yo le di muchas ideas. El no hizo más que dibujar los planos.

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

—QUE ME DIGA mi suegra que irá al infierno, no es lo peor; ¡lo terrible es que estoy convencido de que allí he de encontrarme con ella!

**

—¿COMO SIGUE usted del reuma?

—¡Horrible!

—¿Y la señora?

—¡Igual!

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

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:

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



Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

AGUAS DE MARMOLEJO

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

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de
**estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga,
intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia.** Arterioesclerosis, etc.

2.^a temporada de 1.º de Septiembre á 15 de Noviembre.

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

Alquilanada la carretera que conduce á los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

Jarabe

“DEYEN” de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

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

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: Elíxir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thiocol, 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 yódico, Lúndano, 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)

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL MANGAN-ARSEILO

Salicilato sosa. Casodilato de manganeso.

YODURO potasa. Casodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLEADO CON EL MEJOR ÉXITO

CONTRA LAS DIVERSAS

AFECCIONES del CORAZÓN, HIPOFESIAS
TOSES NERVIOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

Biblioteca de gran interés práctico.

Cada volumen encuadernado de 128 páginas

por **1,50** PTAS.

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES

MANUAL
DE
SIFILIOGRAFIA
PRACTICA
POR EL DOCTOR TOMÉ IBONA
Próximamente
será
un
nuevo
tomo
de
nuestras
MONOGRAFIAS

CATARROS FOSFOTIOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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.

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 Arsénico orgánicos, Thiolcol, 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)

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO | ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL | MANGAN-ARSEILO

Salicilato sosa.

Cacodillato de manganoso.

YODURO potasa.

Cacodillato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO

CONTRA LAS DIVERSAS

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

Biblioteca de gran interés práctico.

Cada volumen encuadernado de 128 páginas

por **1,50** PTAS.

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES

MANUAL
DE
SIFILIOGRAFIA
PRACTICA
POR EL DOCTOR TOMÉ BONA
Próximamente
será
un
nuevo
tomo
de
nuestras
MONOGRAFIAS

to artificial. En caso de que uno de los fetos hubiera muerto durante el embarazo, la zona correspondiente de la placenta se presentaría decolorada y en este aspecto se reconocería que era la de aquél. El examen de la placenta y de las membranas se hará como en el parto normal.

El embarazo triple se presenta una vez cada 6.500 o cada 7.000 partos. El factor principal en la etiología de los partos triples es la gran fecundidad. Así como hemos dicho al tratar de los embarazos gemelares que unas veces existía herencia por vía materna y otras por vía paterna. Pues bien, parece que cuando en un matrimonio se juntan ambas herencias es cuando se producen los embarazos de tres o de más fetos. Claro que las circunstancias que para ello se requieren son excepcionales y por lo mismo lo son también estos embarazos. En la mayoría de los casos observados existía una sola placenta para los tres fetos, en algunos otros existían dos placentas y sólo en muy pocos se encontraban tres. Cuando se trata de una sola placenta suele existir también una sola cavidad, pero puede estar tabicada; cuando hay dos o tres placentas existen siempre otras tantas cavidades. Los fetos son siempre pequeños, muy pocas veces llegan al término del embarazo; en la mayoría de los casos son de uno y otro sexo, pero siempre predomina el masculino. El diagnóstico solamente se ha hecho en algún que otro caso excepcional, observado por los mejores maestros de la obstetricia. Se habrá de fundar en la palpación y en la auscultación, pero por estos procedimientos a lo sumo se llegará a sospechar la existencia de un embarazo gemelar, pudiendo afirmarse que la existencia del tercer feto es siempre una sorpresa que se tiene en el momento del parto. El desarrollo enorme del vientre y el hidramnios, que no suelen faltar en estos embarazos numerosos, son otros tantos obstáculos para que la palpación, que aun sin ello resultaría sumamente difícil, se pueda hacer en condiciones convenientes. Aunque el parto se hace casi siempre antes del término del embarazo, no es excepcional que los tres niños nazcan viables, y de cuando en cuando se divulgan casos en que así ha sucedido. Si durante el embarazo muere uno de

traducen por edemas de los miembros inferiores, varices y hasta albuminuria. Por estas causas llega la mujer a término de su embarazo (aunque este término sea prematuro) en condiciones de mayor debilidad que en el caso del embarazo único, y como quiera que a esto se añade un parto más laborioso y, con frecuencia, una hemorragia abundante tras de él, no es excepcional que se desarrolle una infección puerperal, porque la enferma en las condiciones señaladas es un terreno especialmente propicio al desarrollo de los microbios. Esto no quiere decir que haya que aceptar como fatales estas molestias durante el embarazo y esta complicación en el parto y después de él, sino que la mujer con embarazo gemelar sospechado o confirmado requiere una vigilancia estrecha y un reposo absoluto desde el sexto o el séptimo mes con el fin de que el embarazo llegue hasta lo más cerca posible del término. En cuanto al pronóstico para los fetos, siempre es peor en el embarazo gemelar que en el simple, y esto por las razones siguientes: Hemos tenido ocasión de repetir que con frecuencia muere durante el embarazo uno de los fetos. Cuando no sucede así, si se trata de mujeres primíparas es frecuente que el parto se produzca de una manera muy prematura, lo que lleva consigo mayor peligro para la vida de ambos fetos. Por último, como quiera que el segundo feto no se puede acomodar a la pelvis hasta después de la expulsión del primero en el momento mismo del parto, es fácil que lo haga en una posición viciosa que requiera la intervención, y, por tanto, corre mayor peligro.

En cuanto a la conducta del médico durante el embarazo, no ha de hacer sino el diagnóstico lo antes que pueda. Claro está que, tanto éste como los demás diagnósticos en problemas obstétricos, que han de tener una confirmación o una rectificación evidentes en el momento del parto, no se deben dar a conocer hasta que se tiene certeza absoluta de ellos. Una vez que el médico esté cierto de la existencia del embarazo gemelar, conviene que lo haga saber a alguna persona allegada a la mujer, pero no a esta misma, como asimismo debe encargar terminantemente al que lo sepa

que no le haga manifestación alguna, porque para la mujer puede ser esta circunstancia motivo de muchas preocupaciones por diferentes causas.

Lo que sí conviene hacer es prevenir a la enferma de que tiene hidramnios, lo que explica el excesivo volumen de su abdomen, y que es muy probable que el parto se produzca de una manera prematura, de modo que es prudente que tenga todo preparado para cuando se presente aquel momento. También es necesario hacer comprender a la mujer la necesidad de guardar un reposo absoluto, si bien no es necesario que sea en cama, en cuanto llegue al sexto mes de su embarazo, para conseguir que éste se acerque lo más posible a su término natural. Una vez hechas estas advertencias, lo único que queda por hacer al médico es examinar a la enferma detenidamente y analizar su orina por lo menos una vez cada semana.

Llegado el parto, la conducta del tocólogo durante la expulsión del primer feto no tiene que diferenciarse en nada de la de la asistencia a un parto normal, si no es que, una vez llegada la dilatación completa, si el período de expulsión se prolonga demasiado, que suele suceder, no ha de permanecer tan pasivo, sino que al cabo de hora y media o de dos horas debe proceder a la extracción del feto con el fórceps. Terminado el parto del primer feto, antes de ocuparse de ligar el cordón del mismo, la primera preocupación del médico debe ser la de palpar el útero para asegurarse de la posición del segundo feto, y si no es vertical hacer la versión externa para ponerle en presentación de vértice. Solamente entonces es cuando pasará a ocuparse de la ligadura del cordón. Como quiera que no hay medio de saber si las dos placentas son totalmente independientes, o si tienen alguna parte común, o si se trata de una placenta sola, es necesario hacer la sección del primer cordón entre dos ligaduras, para impedir que por el cabo placentario cortado fluya sangre que proceda de la circulación del segundo feto, pues aunque autores expertísimos aseguran que la hemorragia que puede producirse es insignificante y no le puede perjudicar, hay que tener presente que el período de

expulsión se puede prolongar más de lo que el tocólogo espera y, por tanto, la cantidad de sangre perdida ha de ser mayor.

Si el segundo feto lleva una bolsa de las aguas independiente, unos proceden inmediatamente a romperla, atendiendo a que es muy probable que haya ocurrido tras del primer parto un desprendimiento parcial de la placenta que ponga en peligro la vida del segundo feto, y, por tanto, urge la expulsión del mismo; otros, pensando en la conveniencia de dar tiempo al útero para que se retraiga sobre el segundo huevo y descansen de los esfuerzos del primer parto, se abstienen de romperla, y si la rotura no se hace espontáneamente solamente la rompen al cabo de una o dos horas. Esta última conducta no es recomendable. A lo sumo podrá seguirse en los casos en que tras del primer feto se expulsaron la placenta y las membranas correspondientes y se crea en la posibilidad de que el embarazo se prolongue aún más tiempo; pero de no ser así, no solamente se debe tener en cuenta la posibilidad de una hemorragia por desprendimiento parcial de la placenta, sino que si se espera tanto tiempo es probable que el cuello del útero vuelva a formarse y que, por tanto, la expulsión del segundo feto sea más larga y más difícil de lo que hubiera podido ser. El médico no descuidará durante este período la palpación repetida del útero, con el fin de observar si aumenta de volumen de forma que le haga sospechar que está ocurriendo una hemorragia interna. Terminada la expulsión del segundo feto hay que esperar algún tiempo para hacer el alumbramiento, con el fin de que el útero haya tenido tiempo de retraerse, porque de lo contrario sobrevendría una hemorragia excesivamente abundante. Cuando llegue el momento de hacer este alumbramiento, es decir, cuando la placenta se presente en la vagina, hay que ayudar a él, siendo especialmente recomendable el procedimiento de las expresiones de Credé, porque para hacer tracciones sobre el cordón se tropieza con la dificultad de que no se sabe cuál de los cordones es el que se inserta en el sitio más adecuado para hacer dichas tracciones. Si hay hemorragia hay que proceder a alumbramien-

SARNA

— (ROÑA) —

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

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

favor de sus suscriptores. Los pedidos de libros han de venir, necesariamente, acompañados del importe, pues fácilmente se comprenderá el extraordinario desembolso que representa la adquisición de las obras si abonamos nosotros antes su valor.

En nuestra Sección de Correspondencia acusamos recibo de los giros y para la contestación de las cartas se ruega incluir el correspondiente franqueo. De lo contrario, la respuesta se dará en la Revista en todos los casos en que esto sea posible.

El número de su suscripción figura en la faja-dirección con que se le remite el

LABORATORIOS



— Clínicos rurales. —

Instalación completa.

PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS

Envío inmediato. :—: Pídanse presupuestos

Establecimientos **JODRA**

Príncipe, 7. — MADRID

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS para curar **Cloro-Anemias**.
Único ferruginoso *insoluble* en los países cálidos. — 14, rue des Bonnes-Arts, París.

TINTURA COCHEUX

cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848.

— y el Mal de Piedra. —

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

periódico. Hágaio siempre constar en sus cartas.

EL SIGLO MÉDICO ve con agrado la colaboración de sus favorecedores y procura en todas las ocasiones que sean necesarias corregir los artículos que se le envíen, tanto para la parte profesional como la científica y *Tertulia Médica*. Atiende también las indicaciones que se le hacen para las mejoras de la Revista.

EL SIGLO MÉDICO tiene con sus suscriptores todo género de consideraciones, procurándoles los mayores beneficios cuando las circunstancias así lo permitan. De sus favorecedores espera una análoga reciprocidad.

Dirija siempre la correspondencia al

APARTADO 121.

Paseos de un solitario. — Hombres y mujeres de mi tiempo. Recuerdos y memorias de Carlos M.^a Cortezo. Precio de los dos tomos publicados 5 y 6 pesetas cada uno; para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO 8,50 pesetas los dos tomos.

Indicaciones del Fórceps y Técnica operatoria del mismo, por el doctor Paulino A. Pons, 18 figuras. Utilísimo. Precio, 4 pesetas. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

Ayuntamiento de Madrid

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.

ANÁLISIS

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

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

4.000 recetas, 20 ptas.

4.000 recibos, 20 —

LIBRERIA E. PERAITA

Montera, 35 (Pasaje).

MADRID

Terapéutica de la Hipofunción Genital Femenina

OVARIOTONO



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

Modo de usarlo y dosis

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

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

Terapéutica de la Hiperfunción Genital Femenina

HEMOSTONO



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

Modo de usarlo y dosis

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

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

SOLICITESE LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

LABORATORIO BIOLÓGICO LOPEZ-BREA

León XIII. 7

Barcelona

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO. Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Los equívocos deben en absoluto desaparecer, por Sedisat. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Gaceta de la salud pública. — Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Vacantes. — Por las Clínicas de Europa. — Tertulia médica. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Gala en la Academia.

Sentimos que el principio de esta crónica haya de ser una censura, máxime cuando este año, como pocos, se señala en la historia de EL SIGLO MEDICO, por lo que se refiere a la fiesta académica que hemos de reseñar.

Censuramos la increíble tardanza con que se ha despachado el acto inaugural del curso académico de la Real de Medicina, que se ha *levantado* la última del sueño vacacional. Esto, que no dudamos obedezca a causas invencibles, viene siendo criticado entre el público médico, porque resulta inexplicable que se celebre en la prensa diaria y política la concesión de premios y recompensas que la ilustre Corporación aún no adjudicó públicamente. Esta situación desairada para la Academia es efecto del excesivo retraso en celebrar la sesión inaugural con la entrega de los galardones adjudicados en el curso, pues la impaciencia de los agraciados asalta la débil discreción de los señores académicos, y lo que es peor, trae la deplorable consecuencia de que el acto oficial carezca de la importancia que se merece, pues ni a los *interesados* ni a sus admiradores *interesa* ya insistir ni celebrar lo que ya se ha celebrado.

No ignoramos las *eternas dificultades* con que el Sr. Recasens ha de luchar para que el caso de este año no se repita, pero, si no queremos insistir en ellas, sí deseamos salir al paso de ciertas hablillas que se han difundido y es justo rectificar.

Es público y notorio el experimentado conocimiento que nuestro director tiene de las *intimidades* de la Academia, que presidió *efectivamente* muchos años, acaso *demasiados*, como decía en cierta ocasión un torpemente *avisado* escritorzuelo, y al igual es público y notorio que en la Academia ejerce el primer cargo administrativo nuestro querido jefe de Redacción. Esto nos autoriza a desmentir los nebulosos rumores de que la tardanza y las indiscreciones obedecen a deficiencias del personal de la Secretaría perpetua. La competencia y exquisita rectitud del oficial facultativo está bien afirmada

en la Academia para que pueda con fundamento lanzarse una inculpación a su ejercicio. Los otros, los escribientes, *no pueden* tener culpa en lo que no intervienen, y en lo que intervienen sólo merecen que se proteja más su situación, *única* entre los funcionarios del Estado por la miseria de la retribución de sus puestos y por los dilatados servicios que vienen prestando, el que menos quince años, con un *sueldazo* de 2.000 pesetas.

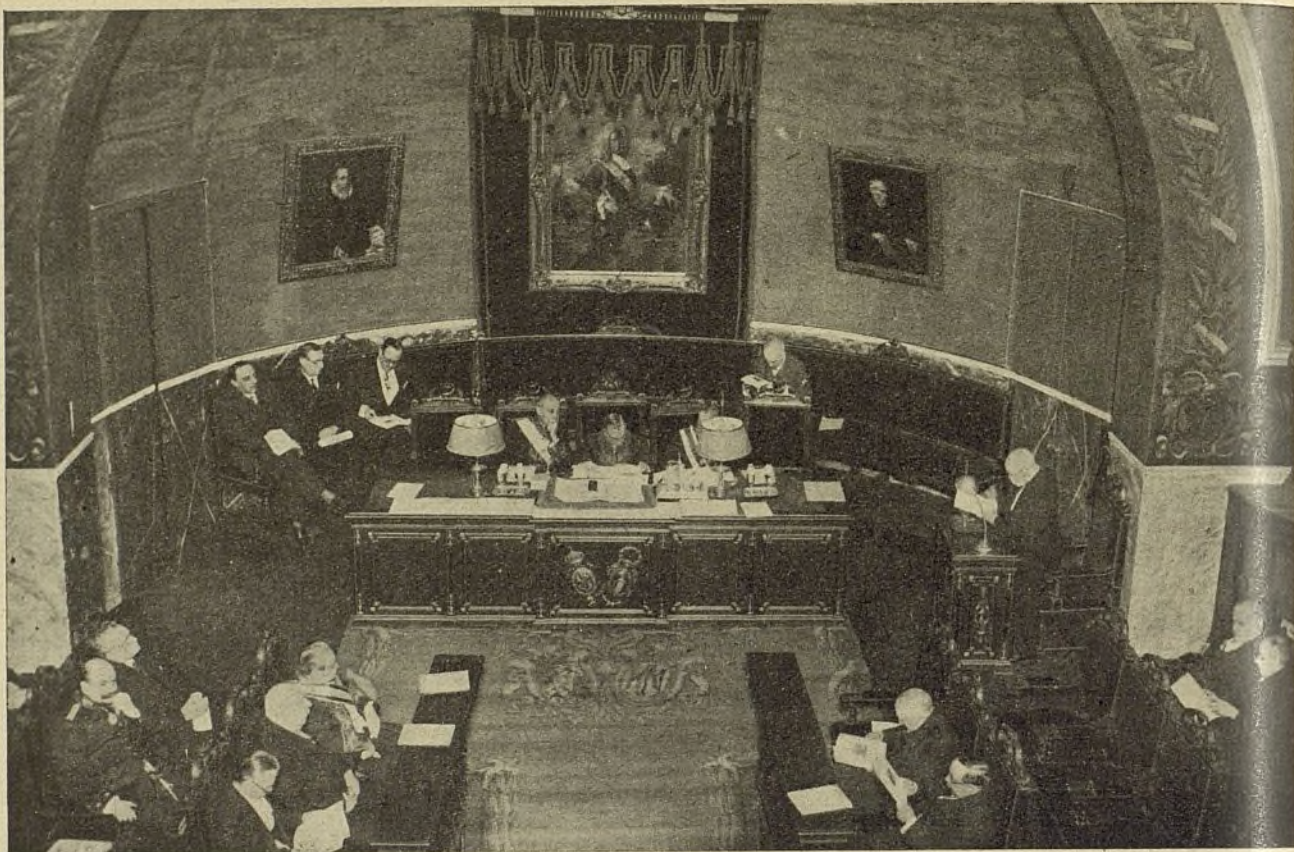
Pero ahora está de moda eludir las responsabilidades de las alturas, amparándose en la gestión de los que no pueden ser responsables, y las gentes que esta moda llevan suponen cándidamente que la opinión pública se *chupa el dedo*.

Podemos afirmar y los señores académicos no nos desmentirán, que el personal de la Secretaría perpetua es tan competente y correcto en su función que sólo peca de exceso de competencia y laboriosidad y gentileza, pues si negara su cooperación en funciones a que no está obligado tal vez resultaría más plena su laboriosidad y competencia hasta ahora.

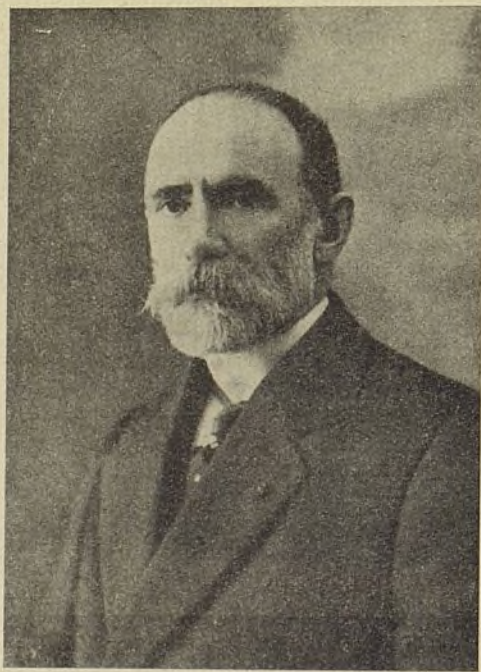
También es conveniente que se haga público que desde hace meses y por el delicado estado de su salud, el señor secretario perpetuo, nuestro querido amigo D. Angel Pulido, no actúa como tal, estando substituido por el señor secretario de actas, D. Nicasio Mariscal, y que el hecho de haber leído su Memoria anual en el acto solemne del domingo ha sido obra de un esfuerzo de voluntad de don Angel por ahorrar a su compañero la doble actuación a que las circunstancias de coincidencia obligaban.

Quede, pues, rectificado el torpe rumor. La Secretaría perpetua funciona *excesivamente bien*, para lo que viene obligada, y los defectos que pueda haber en el desenvolvimiento de la vida académica es injusto achacarlos a su modesto personal. ¿Qué duda cabe a nadie de que en otras ocasiones se pretendió igual juego y salió la criada respondona?

Como apuntamos al principio de esta crónica, el domingo 1.º de este mes se celebró la inaugural del curso académico de 1931, con la solemnidad de



siempre y con menos público que nunca. Ello fué patente equivocación de los habituales a estos actos,



El Ilmo. Sr. D. Nicasio Mariscal y García.

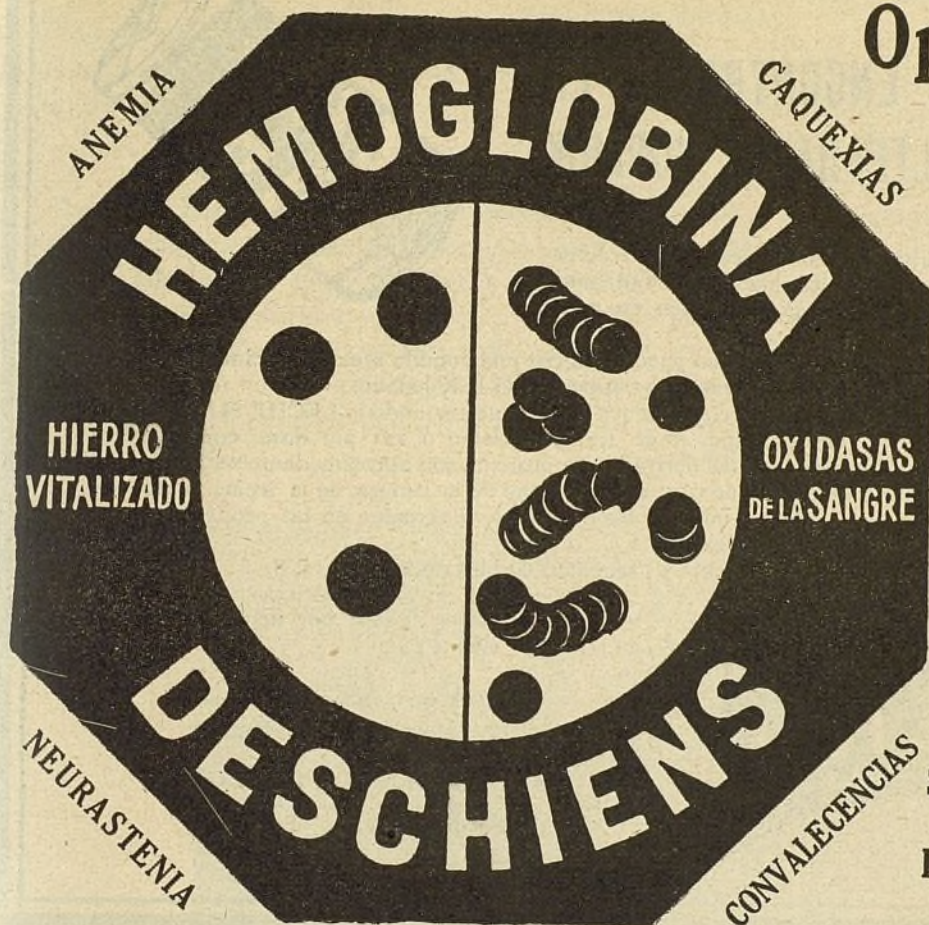
pues pocas veces se da en ellos lectura a discursos de la amenidad y brillantez del que ocupó la sesión de este año.

D. Nicasio Mariscal y García es uno de los más

lucidos aficionados a la investigación histórica de las materias médicas. Su trabajo acerca de la PARTICIPACIÓN QUE TUVIERON LOS MÉDICOS ESPAÑOLES EN EL DESCUBRIMIENTO DE LA CIRCULACIÓN DE LA SANGRE es un estudio lleno de aciertos y de noble voluntad, puesta al servicio del esclarecimiento de multitud de errores de apreciación en el valor de la personalidad científica e intervención histórica de cuantos figuran con mejor, o *menos bueno*, título en el gran acontecimiento fisiológico del siglo xvi.

Fundamentalmente, el discurso de D. Nicasio Mariscal es un estudio biobibliográfico crítico de Miguel Servet o Serveto, como acertadamente le llama Mariscal. Nosotros, que tanto abogamos por acrecentar las aficiones de los médicos en estos asuntos de filosofía e historia de la Medicina española, tan deplorablemente amparados en la oficialidad de los estudios, nosotros aplaudimos de corazón la obra de Mariscal, densamente erudita, pulcramente redactada, emotivamente cálida y estimable, aun en sus errores, causados por un exceso de partidismo servetiano que no despierta censura, aparte una sonrisa comprensiva.

Mariscal vale mucho, muchísimo, y es triste cosa que en su situación no se dé el gusto sublime de apartarse algo de ocupaciones múltiples y burocráticas, de respetable monta pero excesivamente acumuladas, para entregar su cultura y su pluma al elevado servicio de la crítica histórica médica en



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

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

SELLOS

GRANULADOS

TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

**RECONSTITUYENTE
GENERAL**

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO
DEBILIDAD — CARENCIA
DESMINERALIZACION
RAQUITISMO

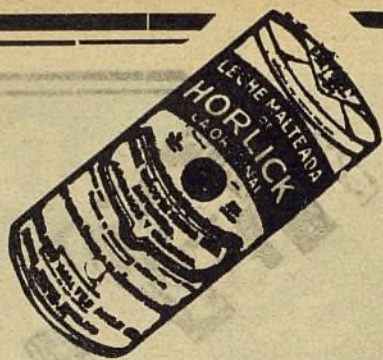
21, RUE CHAPTAL - PARIS. IX^e



TRICALCINE
EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



LOS MÉDICOS ENCONTRARÁN EN LA LECHE MALTEADA DE HORLICK



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

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

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

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

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



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

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

LA NUEVA PROFILAXIA DEL CÁNCER

Con las Sales halógenas de magnesia.

FORMÚLESE

SENECTAL PELLETIER

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

Pídase interesante literatura al

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

INSTITUTO FERRAN

Estévanez, 3. — Apartado 250.

BARCELONA

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

conferencias y libros de que España está, no ya falta, sino que hambrienta.

* *

Hemos de hacer aquí especial manifestación de alegría y noble orgullo al señalar que en el concurso de este año han sido premiados por la Academia cuatro redactores de EL SIGLO MÉDICO.

El hecho bien merece un clamor y que se dé la publicidad oportuna de él, mismo llegue ésta un poco retardada si la comparamos con otros casos de lamentable adelanto.

El Dr. García Vicente, con un desprendimiento digno del mayor elogio, ha entregado el importe del premio Rubio a los Colegios de Huérfanos de Médicos y al de Huérfanos de Ferroviarios por mitad y en homenaje a su profesión y a la que ejerció en vida su amantísimo padre.

Al Dr. Vallejo Nágera le ha premiado la Academia su intensa labor de publicista y de maestro psiquiatra, concediéndole el premio Obieta, de reciente fundación por D. Laureano de Jado y Ventades, en memoria de aquel que fué ilustre médico español. Este premio, de los más cuantiosos por la



Nuestros queridos amigos y compañeros de Redacción en EL SIGLO MEDICO, los doctores Bermejo, García Vicente, Aceña y Vallejo Nágera, después de recibir los premios con que han sido galardonados sus trabajos por la Real Academia Nacional de Medicina.

El ilustre laringólogo y original investigador D. Saturnino García Vicente ha obtenido, en justo premio a su labor en la terapéutica endobronquial y personalísimo método de lavado pulmonar, el premio de D. Pedro María Rubio, de rancio abolengo académico y que pasa a sumarse a las múltiples manifestaciones de aplauso y reconocimiento al mérito de este inteligente y laborioso especialista, sólo comparable, por lo que significa su método en la especialidad de revolucionador en lo por venir, con el de otro glorioso español de imperecedera memoria y que se llamó Manuel García.

monta del numerario que se le acredita en la fundación, tiene además y sobre todo la honrosa significación de concederse por el conjunto de méritos en que se distingue el agraciado en su labor profesional docente y de publicista, analizando, por tanto, todos los aspectos de la personalidad científica del concurrente.

El Dr. Mariano Aceña recibió la recompensa Rodríguez Abaytúa por su labor relevante como periodista médico, y el Dr. Bermejo ha visto premiado por la Academia su brillantísimo expediente de estudios médicos propuesto con el número uno por la Comisión dictaminadora de la Facultad de

Medicina de Madrid entre los mejores expedientes de licenciados en el año 1930.

Aparte los premios reseñados, la Academia concedió a D. Victoriano Juaristi, cirujano de Pamplona, un accésit al premio de la Academia por su Memoria acerca de la *Valoración de las resistencias del individuo ante las operaciones quirúrgicas* y una mención honorífica al mismo premio, al profesor de Patología quirúrgica de Cádiz, D. Agapito Argüelles y Terán. El premio Roel a D. Sergio Caballero, y un accésit a D. Francisco de Santos. El premio Sarabia y Pardo a D. Juan Garrido Lestache; el premio Calvo y Martín a los médicos titulares D. Luis Sabater y Forner y D. Eladio Gutiérrez de Antonio. Una recompensa Rodríguez Abaytúa al periodista D. José María Llopis; una recompensa por su brillante expediente profesional a D. José Goyanes Alvarez; el premio Rodríguez Abaytúa a la notable Tesis de doctor presentada por D. Rafael Vara y López, y una pensión de estudios en el extranjero. creada por la Fundación San Nicolás, al joven

e inteligente médico D. Pedro Campuzano Cacho.

Además fueron premiadas las labores de los niños asistentes a las Escuelas municipales de Madrid con cartillas de 200 pesetas de la Fundación San Nicolás y socorridos por la misma Fundación y con 2.000 pesetas cada uno, los médicos imposibilitados D. Pedro Solís del Olmo, D. Feliciano Gallego del Hoyo y D. Joaquín Ruiz Tristán.

Como colofón de esta reseña nos complacemos en puntualizar los señores académicos que concurren al acto: Presidencia de D. Sebastián Recasens, acompañado de los Dres. Codina y Pulido. En estrado los Dres. Huertas, Conde de Gimeno, Leonardo de la Peña, Teófilo Hernando, Decref, Cifuentes, Van Baumberghen, García del Real, Carro, Sánchez Covisa, Sarabia y Pardo, Bayod, Alarcón, Márquez, Bravo, Slocker, Goyanes, Cortezo (D. Javier), Vallejo Nágera, Tello y San Pedro Anchochury. Creemos no olvidar a ninguno.

DECIO CARLAN



El alcalde de Ciudad Real entregando a D. Leonardo de la Peña el título de HIJO PRECIOSO de aquella ciudad, en el acto celebrado en la Real Academia Nacional de Medicina.

Los equívocos deben en absoluto desaparecer.

Tal y como desde hace tiempo nos habíamos adelantado a suponer, ha debido ya creerse llegado el momento de que las Comisiones designadas al efecto se dispongan a proponer los medios de que las dos batallonas cuestiones de la iguala y el pase al Estado, que tan hondamente al elemento médico rural preocupan, con fuerza resurjan y entren en acción para aprovechar la parquedad de los plazos en perspectiva y la posibilidad de ser atendidos en forma adecuada, rehuendo así las inevitables y acostumbradas contingencias e innovaciones que en las esferas oficiales es de rigor sucedan a toda crisis o actuación parlamentaria, a cuyo alrededor siempre deambulan los adiestrados en las artes del trampolín, sin otra más lamentable aspiración que la de arrellanar sus posaderas en los cada vez más amplios, cómodos y ostensibles sillones, aunque éstos demuestran no estar hechos a su medida.

La presencia de un grupito de personalidades que sólo periódicamente aparecen a cambiar entre sí impresiones en un confortable centro de distracción y recreo de gran valor estratégico, porque a corta distancia de él radican los archivos profesionales en que caso de necesidad poder saturarse de todo género de informaciones..., así nos lo ha hecho suponer; arraigando más y más cada día en nosotros la convicción de que por parte de éstos el papel que se les confió en el reparto estará más que suficientemente promediado y ensayado; pero, ¿podremos garantizar de igual modo la integral identificación y la aquiescencia absoluta que el director de escena aportará a la representación?

La conducta que a partir de estos momentos se observe y el temido y desapasionado balance crítico, aún no esclarecido y en debida forma delimitado de los actos anteriores, coincidentes y posteriores, que de la Asamblea se deduzcan, despejarían el ambiente hasta el punto de dejar firmemente asentado de parte de quién estuvieron los éxitos y quién o quiénes fueron los autores de los fracasos.

El equívoco debe a todo trance desaparecer.—*Sedisal.*

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

ACADEMIA MEDICO QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 2 de Febrero de 1931.

SOBRE EL PROBLEMA DE LA FEBRÍCULA

(Comunicación del Dr. G. Marañón.)

Discusión.—Dr. J. Miranda Hernández: Mi intervención en la admirable comunicación que sobre el problema de la febrícula ha presentado en esta Academia el Dr. Marañón ha de ser, forzosamente, muy breve, puesto que sólo puedo hablar con alguna experiencia respecto al diagnóstico radiológico en los enfermos de la febrícula. Más concretamente he de referirme a la relación que, a mi juicio, existe entre las épocas definidas por el Dr. Marañón, que representan tendencias en el orden clínico de localizar diversamente el foco de infección en los enfermos de febrícula y las etapas seguidas en la evolución del radiodiagnóstico.

En un principio, todo enfermo con febrícula era considerado como un tuberculoso ganglionar. Posteriormente, y esta época coincide con el primer discurso del Dr. Marañón, el foco de infección se localiza diversamente. Representa esta tendencia una reacción contra la exclusiva localización ganglionar de la época anterior.

En una tercera época, actual, se vuelve a conceder una gran importancia a los grupos ganglionares del mediastino como localizadores de la infección.

Consideraba el Dr. Marañón como imprescindible, actualmente, para hacer el diagnóstico de lesión ganglionar el empleo sistemático de la radiografía, no sólo en proyección anterior, como corrientemente se venía practicando, sino más principalmente en proyecciones oblicuas y transversal.

Desde luego, estamos conformes en un todo con su manera de pensar. En el Preventorio Infanta Beatriz, de Guadarrama, venimos practicando en unión con el director del establecimiento, Dr. Ortiz de Landazuri, la exploración sistemática de los grupos ganglionares del mediastino mediante radiografías obtenidas en proyecciones anterior y transversal. El examen detenido de estas radiografías, que requiere cierto hábito, sobre todo el de la proyección transversal, nos proporciona constantemente datos interesantísimos para el diagnóstico de las adenopatías hiliares.

La radioscopia tiene escaso valor.

Dos aspectos hemos de considerar respecto a la evolución del método Roentgen. Por un lado, la perfección de los aparatos y técnicas seguidas en la obtención de radiografías; por otro, consecuente e íntimamente ligado con aquél, la mayor exactitud interpretativa de las imágenes radiográficas.

Teniendo esto en cuenta, si establecemos un paralelo entre la evolución del criterio de los clínicos y la evolución seguida por el radiodiagnóstico, queda explicada, a nuestro juicio, la aparente contradicción en que aparecen los clínicos en el intento de localizar el foco de infección en los enfermos de febrícula.

Así tenemos que en la época primera, en la que resulta imposible la obtención de radiografías perfectas, debido, principalmente, al escaso rendimiento de los aparatos y a defectos de técnica, y en la que se prescinde frecuentemente del examen en oblicua y transversa, se interpretan las confusas imágenes hiliares en las radiografías anteriores como infiltraciones ganglionares. La falta de precisión en las imágenes y la falta de control anatómico explican los errores interpretativos que clínicos y radiólogos cometen en esta época. Enfermo de febrícula, al que se le practicaba una exploración Roentgen, era diagnosticado de tuberculosis ganglionar.

Posteriormente, perfecciones de instrumental y técnica permiten obtener imágenes más precisas, comienzan los trabajos de control anatómico de estas imágenes (Assman Chaul) y queda demostrado que las sombras hiliares son, principalmente, debidas a los vasos pulmonares de gran calibre. Esto explica la inmediata y universal reacción de los clínicos en esta época. Como toda reacción, difícilmente de bía de ser justa, y ésta tuvo como consecuencia una baja exagerada en el valor de las imágenes para mediastinales, motivando la urgente necesidad de los clínicos de buscar nuevas localizaciones al foco causante de la febrícula.

En la época actual, en la que se ha conseguido una gran precisión en las imágenes radiográficas del tórax, no sólo en proyección anterior, sino en las proyecciones transversales y oblicuas, y los numerosos y detenidos trabajos de control anatómico de estas imágenes, nos ha proporcionado datos más concretos sobre su interpretación, ha dejado de ser un problema oscuro la participación de los ganglios en las sombras del mediastino, valorándose más justamente el papel que desempeñan estos colectores mediastinales en los enfermos de febrícula.

Esto explica el natural y nuevo cambio de criterio de todos los clínicos, esta vez más sólido por estar basado en el control anatómico, concediendo nuevamente la mayor im-

portancia a la exploración radiográfica detenida del tórax de los enfermos de febrícula, y la vuelta ponderada y moderadamente a los puntos de vista de la primera época de las tres de que hace mención el Dr. Marañón en su interesante comunicación.

Todos los errores que cometamos en esta época no serán debidos a la falta de precisión en las imágenes ni al escaso control anatómico, serán motivados, principalmente, por la falta de hábito en la interpretación radiográfica.

Tiene la interesante comunicación del Dr. Marañón la doble importancia de contribuir, por un lado, muy eficazmente de la puesta a punto del problema de la febrícula, y, por otro, no menos importante, de proporcionarnos un ejemplo de criterio flexible, cuando así lo reclaman los hechos comprobados, que constituyen la base más firme del progreso en Medicina.

Dr. J. Sanz Beneded: El problema de la febrícula es de interés vital; pertenece por igual al médico internista y al especialista; para su diagnóstico preciso requiere en muchas ocasiones el funcionamiento de un organismo médico que examine al enfermo, para que cerca del 75 por 100 de estos pacientes no queden sin el verdadero diagnóstico.

Este problema, además de su importancia social, posee dos características: su persistencia y su mensuración. La febrícula es fácilmente mensurable, lo que lleva a muchas familias al empleo constante del termómetro y por ir hermana la para muchos a proceso tuberculoso, como tal lo considera el vulgo.

En dermosifiliografía existen dos procesos capaces de producir la febrícula. Indirectamente la sífilis; ésta, sin ser afección febril, fuera de algunos períodos secundarios floridos, corrientemente apirética, ante su diversidad sintomática puede simular diversos cuadros clínicos, por lo que en todos los casos de febrícula de etiología dudosa se investigará la sífilis, no como causa directa de la fiebre, sino de manera secundaria.

El otro proceso le tenemos en la gonococia. Recordemos un caso clínico de gonococemia en gonocócico uretral crónico, en una de cuyas fases agudizadas presenta una artritis con anquilosis consecutiva, fenómenos muy dolorosos de talalgia y cuadro general de gonococemia. Enfermo que se mantiene durante bastante tiempo con febrícula vespertina, con reacciones positivas al antígeno gonocócico. Tratado con un preparado de acridina y vacuna gonocócica rápidamente desaparece la febrícula.

Dr. F. González Suárez: En este problema hemos de resaltar la frecuencia de la febrícula en los tumores cerebrales. Recordemos un caso personal en un hombre de treinta y dos años, con antecedentes familiares muy cargados de tuberculosis (dos hermanos; uno en plena fase aguda), tiene febrícula desde dieciocho meses antes, unido a insomnio pertinaz. Son negativos todos los análisis clínicos y de laboratorio buscando foco infeccioso; igualmente el examen radiológico de pulmón. Sin embargo, se extirpan las amígdalas sin éxito. Por encontrar algo de dolor en región de vesícula biliar y ante la sospecha de que pudiera tratarse de una colecistitis, y aun con exámenes negativos de bilis, se llega a la colecistectomía, sin el menor resultado en cuanto a la desaparición de la febrícula. Esta continúa, y con sensibilidad y motilidad normales, el último mes de su vida presenta trastornos psíquicos (pérdida de memoria, irritabilidad, emotividad y atontamiento), y un día bruscamente cae en coma apoplético, temperatura de 41°, tensión arterial elevada, facies vultuosa y movilidad de globos oculares. Ante este caso sospechamos un tuberculoma—en especial por los antecedentes—localizado en lóbulo frontal.

Dr. F. Haro García: Interesante resaltar, como ya se ha hecho, la frecuencia de la febrícula en la mujer, en especial su aparición en los días que preceden a los períodos menstruales; se ha tratado de relacionar con un mecanismo ovárico; febrícula generalmente es seis, siete décimas por encima de la temperatura normal. Estrecha relación se ha dado a esta febrícula con procesos tuberculosos pulmonares. Nos interesa relacionarla con focos infecciosos latentes, muy frecuentemente de origen intestinal, especialmente cólico.

Dr. E. Larrú Fernández: Muchos de los errores diagnósticos en los casos de febrícula se deben a faltas de exploración o bien a hacer diagnósticos con escasos fundamentos. No es raro que muchos clínicos que en el primer período de febrícula no encuentran motivos de diagnóstico, al poco tiempo los presenten sin fundamentos.

Citemos solamente uno de los motivos que ha dado más complicaciones diagnósticas, sobre todo por las dificultades exploratorias. Nos referimos al etmoides; es una de las regiones que se infectan más fácilmente. En la exploración radiológica de los senos craneales con grandísima frecuencia encontramos infección etmoidal. Esta frecuencia nos ha llevado a la exploración sistemática de los senos etmoidales, y los datos radiológicos, diagnosticando su infección, los vemos ratificados por la observación clínica y labor operatoria.

Creemos que ante todo caso de febrícula no debe olvidarse la exploración radiológica de los senos etmoidales.

Dr. G. R. Lafora: Apuntar algo sobre la febrícula en los procesos craneales. Hemos publicado un caso de febrícula por tumor próximo a la región motora, febrícula de varios meses, alrededor de los 38°,5, y más acentuada en dos, tres a cinco décimas en el lado opuesto de la lesión; se trataba de un fibrosarcoma—determinando una epilepsia jacksoniana, en una niña de catorce años de edad—tamaño de una mandarina.

En los tumores cerebrales de la región próxima al infundíbulo, más que febrícula existe fiebre alta, hasta de 41°,5 durante varias horas del día.

También los tumores de la epísis y de la hipósis pueden provocar febrícula.

Otra afección que con alguna frecuencia produce febrícula es la parálisis general, sobre todo la taboparálisis. Es frecuente encontrar enfermos tratados durante bastante tiempo mediante curas de sol, considerados como tuberculosos, y una exploración detenida muestra que se trata de una parálisis general incipiente. También hay parálisis generales con febrícula que presentaron antes lesiones tuberculosas pulmonares y tratados en relación a éstas la febrícula se mantiene. En estos casos el problema está en fijar si la febrícula depende de la lesión tuberculosa pulmonar o bien de la parálisis general. Hemos visto un enfermo de esta naturaleza; tratado como tuberculoso se mantiene la febrícula; todas las pruebas serológicas tuberculosas eran positivas; pero este enfermo, paráltico general, con febrícula, tratado por paludoterapia desaparece la febrícula; de esto hace un año y medio y la pirexia se mantiene y las lesiones pulmonares, desde el punto de vista radiológico, se encuentran en el mismo estado.

Lo interesante en casos semejantes es diferenciar si se trata de un paráltico general con lesiones pulmonares tuberculosas con febrícula o si esta febrícula depende de la lesión tuberculosa o de las lesiones del sistema nervioso.

Dr. A. Catalina Prieto: Citemos un caso más que comprueba la cuestión de la febrícula. Mujer con litiasis biliar comprobada radiológicamente; historia de varios cólicos;

pasado uno de estos aparece febrícula vespertina de tres a cuatro décimas. Se realiza la colestectomía y desde dicho momento desaparece la febrícula; de esto hace tres meses.

ENCEFALITIS MELITOCÓCICA

Dr. F. González Suárez: La fiebre de Malta es una septicemia febril de larga duración; razón de su profusión sintomática. Mientras el germen o sus toxinas no se fijan en un órgano o tejido, originando las variedades de la enfermedad, sólo resulta en el cuadro morbozo la curva febril, sin nada característico; cada enfermo tiene su curva; cada curva su forma y duración.

Sin tratar de valorar los síntomas, recordemos haber observado septicemias estafilocócicas con toda la evolución de una fiebre de Malta y pensar en ella será de simple orientación diagnóstica.

Tras la orientación clínica acudimos al laboratorio para confirmar o negar el diagnóstico mediante la seroaglutinación de Wright, la cutirreacción a la melitina y el hemocultivo, sin dejar de valorar el grado de aglutinación necesaria para la afirmación diagnóstica, e igualmente con las diversas razas de micrococcos melitensis.

Es por lo que en la práctica debemos realizar seroaglutinaciones con varias razas de cultivos recientes de micrococo melitensi. También el tratamiento específico se hará con autovacuna o, en su defecto, con vacuna polivalente y fuera de los agudos accesos febriles.

El caso motivo de este trabajo se refiere a una encefalitis en el curso de una fiebre de Malta, comprobada clínica y serológicamente, hallando en el líquido cefalorraquídeo la disociación albuminocitológica (respectivamente 0,30 y 610 células) ya citada por Roger, en dos casos de espondilitis melitocócica con reacción piramidal. Cuadro de septicemia aguda sin rasgo clínico alguno, que estalló violentamente en un organismo hasta entonces completamente sano y que terminó con la vida del enfermo en cuadro de parálisis flácida e insensibilidad completa, estado comatoso y parálisis de esfínteres.

LA ENFERMEDAD DE KÜMELL COMO ACCIDENTE DEL TRABAJO

Dres. A. Oller Martínez y J. Bravo Díaz Cañedo: Raras son las enfermedades que, como la de Kümmell, en cirugía de los accidentes del trabajo ofrezca tales dificultades al emitir dictamen de indemnización.

Etiológicamente la enfermedad de Kümmell es producida por un traumatismo de columna vertebral a veces insignificante y que después de algunos meses produce incapacidad grave del lesionado; por otra parte, de diagnóstico diferencial a veces imposible con una enfermedad tan frecuente como la tuberculosis vertebral, hacen a veces cometer equivocaciones con los consiguientes perjuicios para el obrero o para el patrono.

Es la osteítis rarefaciente postraumática de los cuerpos vertebrales, como la definió Kümmell en 1891. Después de un traumatismo, generalmente de poca intensidad, afectando directa o indirectamente a la columna vertebral, los pacientes solamente sienten dolores dos o tres días, más o menos extensos, sobre el sitio lesionado de la columna. Los dolores desaparecen después y en la mayor parte de los casos los lesionados pueden reanudar sus ocupaciones, aun las más pesadas. Después de largo tiempo, algunos meses o un año de completo bienestar, reaparecen los fuertes dolores en la columna vertebral y, según el asiento de la lesión, se asocian neuralgias en el territorio de algún nervio intercostal, ligeras alteraciones de la motilidad en las extre-

midades inferiores, marcha insegura, parálisis con cifosis y gibosidad.

Asienta la lesión casi siempre en la columna dorsal o lumbar. La vértebra más preeminente y las de las vecindades son dolorosas a la presión, como en la espondilitis tuberculosa en el estado agudo. Suspendiendo al paciente desaparece la cifosis, pero no la gibosidad. Se ha producido por una alteración profunda o en varios cuerpos vertebrales, la cual no se reduce por un tratamiento posterior, y se caracteriza por un proceso rarefaciente de los cuerpos vertebrales con una pérdida de sustancia ósea en los mismos.

Este proceso patológico ni llega jamás a supuración, como en una espondilitis tuberculosa, ni al espesamiento de las masas óseas, como en los procesos lúeticos, ni tampoco a un desfilcado óseo y alteraciones como en la artritis deformante.

Clínicamente, la enfermedad de Kümmell se caracteriza por tres períodos bastante bien definidos:

1.º Traumatismo más o menos violento que en los obreros determina la baja en el trabajo. Dura poco tiempo, unos días o semanas, y termina por desaparición de los dolores y molestias. El obrero vuelve al trabajo.

2.º Intervalo libre sin apenas molestias o muy escasas. Dura meses y hasta años.

3.º Constitución definitiva. Contractura paravertebral, deformación en cifosis de gran curvatura, gibosidad. A veces, y en los casos graves, paresias y hasta parálisis de las extremidades inferiores con trastornos esfintéricos.

Radiográficamente, nada anormal en los dos primeros períodos, salvo en los casos en que hay fractura bien acusada de la columna vertebral. En el tercer período la deformidad se caracteriza en las proyecciones laterales por aplastamiento de la vértebra que da casi la imagen cuneiforme; a veces hernia del tejido trabecular a través de una fisura de la cortical. La lesión alcanza a una o dos vértebras.

Patogénicamente es desconocida la enfermedad de Kümmell. En cuanto a la lesión, que primitivamente ocasiona el grupo sintomático, puede admitirse: lesión inicial vertebral pequeña y nunca fractura; la lesión inicial es una fractura de la vértebra y la lesión inicial asienta en el disco intervertebral.

No faltan autores que niegan la enfermedad de Kümmell y todos sus casos los interpretan como procesos tuberculosos o manifestaciones de otras enfermedades.

El diagnóstico debe establecerse ante todo con el mal de Pott. Las posibilidades diagnósticas varían con el momento que el enfermo llega al médico. Siempre es difícil, y en algunos casos las dificultades llegan a tal punto que es imposible hacer una distinción entre el proceso de Kümmell y otros análogos.

En primer término, debe establecerse el diagnóstico diferencial con la tuberculosis; la radiografía es el método exploratorio más importante. Cuando es posible fijar la existencia de absceso el diagnóstico no ofrece duda de tuberculosis vertebral.

Después procederemos a la diferenciación con la lombalgia de Leri y en general con las deformidades de las últimas dorsales y lumbares; con la cifosis hereditaria, con la espondilitis rizomélica, siringomielia, tumores vertebrales, etc.

El mejor tratamiento es la inmovilización prolongada de la columna vertebral con corsé de yeso o celuloide; se ha llegado a la operación de Albee con éxito, pero recientemente los cirujanos aconsejan el reposo.

Sospechada la enfermedad, se harán sistemáticamente radiografías y únicamente cuando se vea que el proceso

está por completo estacionado se permitirá la vuelta al trabajo.

La parte más difícil es su estudio medicolegal en relación con el accidente del trabajo, dándose el caso que casi siempre recae en obreros sometidos a la ley de Indemnización. La indemnización en España varía entre el año y el año y medio.

Tres casos clínicos motivan este trabajo; los tres considerados como enfermedad de Kümmell, pero la exploración detenida de los mismos permitió afirmar: en el primero, tuberculosis vertebral con absceso; en el segundo, probable enfermedad de Kümmel, y en el tercero una típica enfermedad de Kümmell.—*M. Aceña.*

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

Sesión del 5 de Febrero

Preside el Dr. Mansilla.

Dr. Márquez: Presenta un caso de aniridia congénita y hace algunas consideraciones sobre dicha malformación ocular.

Joven miope y astigmata, con alteraciones miópicas de fondo. En O I falta el iris, excepto una zona estrecha en lado interno. En el O D hay dos pequeñas zonas más estrechas aún, una superior y otra externa. Cristalino de forma cuadrada irregular y salpicada la superficie anterior de depósitos pigmentarios, restos de membrana pupilar embrionaria.

Entre borde de cristalino y periferia de córnea donde no existe iris queda un espacio en forma decreciente que se aprecia mejor con el oftalmoscopio, con el que el borde de la lente se ve como línea negra lo mismo que en la subluxación.

La miopía ha progresado, alcanzando hoy a 17 D con 3 de estigmatismo en O I y 18 y 3 respectivamente en el O D. La agudeza visual previa corrección era en 1928 = $\frac{1}{4}$ O I, en el que había tendencia al estrabismo divergente y de $\frac{1}{2}$ en el O D. Ahora es de $\frac{1}{2}$ en ambos, y no existe la tendencia al estrabismo.

Esta anomalía que Seefelder atribuye sobre todo a suspensión en el desarrollo de las formaciones oculares ectodérmicas (retina, cristalino, hoja posterior de iris) es más bien en mi caso de las mesodérmicas, ya que persisten restos del epitelio posterior faltando casi el parénquima y en nuestro caso *no falta como en otros muchos la fovea*, ya que la visión es bastante aceptable tenida cuenta de la alta miopía y las alteraciones miópicas de fondo.

Nos hemos limitado a corregir su refracción y ha mejorado la visión y disminuido la tendencia al estrabismo (influencia favorable de la corrección).

Intervienen los doctores Marín Amat citando un caso propio en el que había catarata zonular, Mansilla citando uno de aniridia adquirida traumática y Galindez de otro de aniridia congénita en un niño de dos meses, felicitando todos al Dr. Márquez por su interesante caso.

Dr. Márquez: Da las gracias y dice, olvido decir: 1.º, que la anomalía es poco frecuente en los animales, por lo que se dificulta su estudio comparado; 2.º, que según Seefelder es la más hereditaria de todas las malformaciones oculares.

Dr. Basterra: Presenta un niño con opacidades de vítreo que hicieron se haya sentado erróneamente el diagnóstico de catarata congénita.

Dr. Renedo: Expone su comunicación sobre «Extasis papilar doble curado», presentando el interesante enfermo.

Hace un resumen de la causas del éxtasis papilar y del pronóstico en general sombrió que el síntoma supone, y aludiendo a los postraumáticos curados, que son raros, señala

que cuando esto ocurre se trata de hematoma en vainas ópticas.

El caso actual se refiere al soldado N. G., que sufre una caída del caballo seguida de conmoción que dura varias horas, al cabo de las que el individuo se encuentra perfectamente hasta el punto de seguir haciendo su vida ordinaria.

A los diez días aparecen vómitos, diplopia, estado vertiginoso, ingresando al mes del trauma en los servicios de Cirugía del Hospital. No apareciendo signos clínicos ni radiográficos de fractura, y ante el cuadro evidente de hipertensión cerebral el enfermo es trasladado a nuestro servicio por la diplopia molestísima que presenta y por si el estudio del aparato visual pudiese aclarar el cuadro que ofrece.

Encontramos un éxtasis papilar doble y parálisis del oblicuo mayor izquierdo con conservación íntegra de la función visual (agudeza 1 $\frac{1}{2}$ ambos ojos, campo normal).

Los datos radiográficos negativos, si bien no excluyen la posibilidad de una fisura ósea, hacen al menos dudosa la idea de fractura; lo tardío de la aparición de síntomas y la marcha progresiva de éstos también permiten excluir un simple hematoma de vainas de nervio óptico.

Practicada una punción lumbar (extracción de 20 c. c.) aparece un líquido hipertenso de composición normal, apreciándose una ligera mejoría de la sintomatología, que se acentúa a cada punción, para poder considerar curado al enfermo después de la cuarta a los cuarenta días del ingreso en la clínica, subsistiendo en aquel momento un éxtasis bilateral mucho menor que a su entrada en el Servicio. A la vuelta de una licencia por enfermo que le fué concedida (tres meses), el éxtasis ha desaparecido por completo, encontrándose el paciente totalmente curado.

Interpreta el caso como debido una meningitis traumática serosa, concepto clínico que a pesar de su novedad va abriéndose paso y aceptándose por muchos autores.

Considera que de igual modo que otras serosas, como las articulares o la túnica vaginal responden al trauma con la producción de un líquido seroso, lo harían las meninges, dando lugar a estos cuadros, cuyo carácter esencial es la benignidad.

Intervienen el Dr. Márquez para preguntar si la parálisis del oblicuo mayor del ojo derecho que padecía a su ingreso ha desaparecido, y el Dr. Marín para aportar casos vistos de meningitis serosa idiopática en las que obtuvo buen resultado con las punciones, felicitando al Dr. Renedo por el brillante caso.

Rectifica el Dr. Renedo para agradecer los elogios que se le han tributado, y que más que a él han de dedicarse a los Dres. García Durán y Caminero por la completísima exploración general que el primero hizo del enfermo y por la bonita e instructiva acuarela del fondo de ojo del paciente de la que es autor el segundo. Dice que la parálisis curó como los demás síntomas, y que el concepto de idiopático es vago, impreciso y debe desaparecer, no teniendo relación con el caso que presenta, en el que la etiología y la génesis han podido ser determinadas, aspiración a la que debemos dedicar todo nuestros esfuerzos para poder seguir una terapéutica razonable.

**

HOSPITAL GENERAL

Servicio de Patología médica del Dr. Marañón.

CONFERENCIA DEL DOCTOR SERRALLACH

El notable investigador catalán Dr. Serrallach, de Barcelona, pronunció el pasado jueves una interesante conferencia en el Servicio del Dr. Marañón.

Fué una lección breve en extremo, pero que dejó bien

patente la originalidad de pensamiento y el talento de investigador del Dr. Serrallach.

Al comienzo de la sesión, el Dr. Marañón pronunció unas sencillas palabras de presentación, en las que bosquejó los méritos del Dr. Serrallach y le agradeció la cortesía de hablar desde su cátedra.

Inmediatamente después comenzó el disertante su breve lección.

El esperma, en su criterio, es un líquido de excreción análogo a la orina que debe ser eliminado cuando se forma. Muy escasos son los espermatozoides que no contienen germen. Se forma de la coincidencia de excreciones testiculares, prostáticas y vesiculares.

Las vesículas, en contra de lo que tanto se ha afirmado, no son un reservorio del esperma, existiendo animales, como el perro y el gato, que carecen de este órgano.

El testículo, según han demostrado las experiencias efectuadas por el autor en el cobaya, contribuye en muy pequeña escala a la formación del esperma. Es más bien un órgano de nutrición, poco genital y en estrecha relación con la nutrición general del individuo, hasta el punto que es un hecho perfectamente comprobado el de que a una buena nutrición corresponde una gran espermatogénesis.

A continuación fija debidamente los conceptos de secreción y excreción.

Las relaciones entre la próstata y el testículo han sido comprobadas por el autor en perros prostatectomizados, en los cuales se observaba una considerable disminución de este último órgano. La administración de «probatina» en estos animales aumenta la espermatogénesis y se produce vasodilatación genital.

La espermatogénesis está desligada por completo de la excitación genésica, hasta el punto que, aun permaneciendo por completo ajeno al deseo sexual, ésta continúa.

En los individuos que sufren una excitación sexual que no satisfacen en el coito normal (neomaltusianos y masturbadores) la eyaculación no es completa, pudiendo comprobarse ello por medio de un inmediato masaje prostático. La razón de esto es que la excitación no es completa y se producen reflejos inhibitorios.

El esperma, una vez formado, debe eliminarse. Cuando se estanca puede dar lugar a la llamada toxemia genital, por paso a la sangre de substancias espermáticas.

Las vesículas de los abstinentes se defienden, cuando conservan su tono normal, por prolucciones nocturnas. Cuando han perdido su tono se dejan distender, y al pasar el bolo fecal da lugar a la emisión del esperma; el tacto rectal en estos casos pone de manifiesto unas vesículas seminales enormes.

En las retenciones crónicas se observan prolucciones nocturnas y eyaculaciones sin erección, ya que las vesículas seminales se evacúan ante la más mínima excitación, sin dar tiempo a que se produzca la erección.

Estos trastornos curan simplemente con la práctica habitual y frecuente del coito.

Casi todos estos enfermos presentan fosfaturia, que es debida a la mezcla del líquido espermático con la orina.

En último término hace la distinción entre los prostáticos enfermos del aparato urinario y los prostáticos genitales. En su criterio, las prostatitis son genitales mientras la inflamación no llegue al cuello y se inmovilice en un plastrón.

Termina su disertación haciendo una síntesis didáctica de los conceptos emitidos en esta conferencia, insistiendo especialmente en las cualidades tóxicas del esperma retenido.

El Dr. Serrallach fué muy aplaudido.—Dr. M.

INSTITUTO MADINAVEITIA

CONFERENCIA DEL DR. GALLART Y MONÉS

Bajo la presidencia del Dr. Madinaveitia se inauguró el ciclo de conferencias de intercambio madrileño-catalán, organizado por los Dres. Gallart y Pinós. El primero de éstos fué el encargado de la primera disertación, que versó acerca de la «Patogenia del megacolon».

El Dr. Madinaveitia pronunció unas palabras breves y cordiales de presentación del Dr. Gallart y Monés, haciendo resaltar hábilmente la significación que este autor tiene dentro de la especialidad de aparato digestivo.

A continuación entró el disertante en el uso de la palabra. Comenzó dedicando un recuerdo al nombre de Urrutia, muerto en el pleno esplendor de sus facultades.

El concepto clásico de megacolon es necesario precisarlo para no dar lugar a confusiones por generalización de la definición habitual: «síndrome caracterizado por estreñimiento pertinaz, con aumento a veces considerable de abdomen y evolución crónica». En los casos estudiados por el autor no existió el estreñimiento, siendo, por el contrario, la diarrea el síntoma característico. Igualmente refirió un caso de evolución en muy pocos meses. El alargamiento y dilatación total o parcial del colon tampoco puede aceptarse de una manera general.

El megacolon, en contra también de las opiniones corrientes, puede ser no sólo congénito, sino también adquirido. Sea uno u otro su origen, nunca ha podido encontrar un obstáculo del colon ilíaco-pélvico que pueda ser considerado como inmediato agente causal.

El dolicoColon, que acompaña con cierta frecuencia al megacolon, probablemente tiene un cierto papel en la producción de este último. El colon ascendente tiene como función primordial ciertos procesos digestivos terminales, según parece deducirse principalmente de su morfología.

La pérdida de tonicidad muscular tiene un importante papel en la producción del megacolon. La actividad funcional del organismo está mantenida por estímulos exógenos y endógenos. En el intestino cualquier perturbación en el arco reflejo hace que se pierda dicho estímulo.

Posiblemente ciertas alteraciones de la mucosa intestinal por trastornos crónicos son capaces de abolir la sensibilidad tónica de la capa muscular intestinal, disminuyendo su resistencia como reservorio y dejando distenderse pasivamente a la menor lesión intrainestinal.

En último término estudió las alteraciones endocrinas y nerviosas que pueden dar lugar a este síndrome, dando fin a su interesante sesión con la aclaración de que el megacolon es una alteración representaría del colon y que su técnica muscular ha perdido su tonicidad.

Fué muy aplaudido.

CONFERENCIA DEL DR. PINÓS

El Dr. Pinós disertó en el mencionado Centro sobre el tema «Diagnóstico radiológico de la apendicitis».

Comenzó señalando la imprecisión sintomática de la apendicitis. Habló del papel que representa el apéndice en la patología de la fosa ilíaca derecha, el cual no es ni mucho menos exclusivo. En un 90 por 100 de los síndromes dolorosos de esta localización aconsejan los clínicos la operación, y sólo en un 50 por 100 de éstos el apéndice está lesionado.

Como consecuencia de esto es necesario un estudio detallado de los enfermos antes de someterlos a una operación dudosa. Con este motivo insiste sobre el valor del diagnóstico radiográfico. El procedimiento que él emplea

consiste en verificar la primera exploración nueve horas después de haber tomado la papilla de bario. Si la sintomatología es poco clara, una vez terminada la exploración de fosa ilíaca derecha se investiga el estómago y el duodeno. Si el apéndice es visible y su exploración permite un examen completo de la fosa ilíaca, el examen ha terminado. Si no ocurre así, es preciso efectuar un nuevo examen hecho del modo siguiente:

A las doce del mismo día de la primera observación se hace tomar una nueva papilla adicionada de 20 a 30 gramos de sulfato de magnesias para que produzca efectos purgantes. Doce horas después nueva papilla, pero con purgante, y nueve más tarde el examen. Si en estas condiciones continúa sin ser visible el apéndice se practica un tercer examen de idéntica manera.

Según la experiencia del Dr. Pinós, todo apéndice visible es normal. La falta de margen es síntoma patognómico de apendicitis.

A continuación hace una división topográfica del apéndice en ascendente, descendente, interno y externo, indicando las condiciones precisas para cada una de estas denominaciones.

Ante un gran número de radiografías describe las características radiológicas del apéndice.

En último término estudia con todo detalle la apendicitis simple, especialmente en lo que se refiere a su examen radiológico. Lo mismo efectúa con las apendicitis complicadas.

Fué aplaudido.—Dr. M.

**

INSTITUTO ANTITUBERCULOSO DE LAS PEÑUELAS

CONFERENCIA DEL DR. JULIO BLANCO

Acerca de las granulias pronunció el Dr. Julio Blanco una interesante conferencia en el ciclo organizado por el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas.

Comenzó haciendo una breve reseña de las formas clínicas de la tuberculosis miliar y las especiales condiciones en que suele presentarse; con especial insistencia estudió las llamadas granulias frías del pulmón, las cuales suelen presentarse localizadas en un solo pulmón y evolucionar lentamente, pudiendo en ciertos casos llegar a curarse, según claramente lo demuestra por medio de una colección de radiografías.

A continuación dedicó unos párrafos al examen de las modernas teorías patológicas de las granulias, según las cuales no siempre se producen éstas por irrupción brusca en un vaso de focos tuberculosos calcificados por la existencia de tubérculos ulcerados en el interior de los mismos, sino que también con gran frecuencia son debidas al aporte por vía linfática al torrente circulatorio de bacilos de Koch, procedentes de focos tuberculosos latentes o en evolución.

Finalmente describió las lesiones histológicas y la localización intraalveolar de las siembras granúlicas del pulmón.

El conferenciante fué muy aplaudido.—Dr. M.

**

BARCELONA

SOCIEDAD OFTALMOLOGICA DE BARCELONA

Sesión del 27 de Enero de 1931.

TRATAMIENTO MÉDICO DE LA CATARATA INCIPIENTE

Dr. Vidal Fraxenet: Considera que los oftalmólogos deben otorgar más importancia al tratamiento general de la catarata incipiente que a los tratamientos local y quirúrgico,

por cuanto estas lesiones no son más que alteraciones tróficas y de esclerosia. El tratamiento lo efectúa a base de dos fórmulas compuestas de yoduro sódico, rubidio, cesio, cloruro calcio, cloruro magnésico, glicerina e hiposulfito de sosa para una de ellas, y la otra a base de benzoato de litina, yodo y tanino. Estas fórmulas se administran antes de las comidas durante unos veinte días y después de esta medicación se da un purgante salino durante otros diez días. Antes del mes se acostumbra a notar la mejora; si no es así, se alarga el tratamiento hasta dos o tres meses. Cita el caso de una joven de veinticinco años de edad efecta de catarata biocular incipiente que mejoró considerablemente con tratamiento opoterápico (extracto total de ovario) junto con una medicación a base de cal.

Insiste en dos puntos: la imposibilidad de señalar como definitivo dicho tratamiento médico y en que tampoco son definitivos los resultados obtenidos, pues el tiempo es quien debe sancionarlos. Finalmente cita algunos casos observados que gracias al tratamiento médico han mejorado mucho, cuando no curado, las opacidades de cristalino.

Discusión.—Dr. Bordas: Pregunta si al tratamiento general añade alguno local.

Dr. Arruga: Dice que la evolución de la catarata es diferente en cada enfermedad; el tratamiento local ya se hacía hace bastantes años a base de instilaciones y yoduro, pero los resultados fueron poco favorables. Anima al disertante para que prosiga sus estudios acerca del tratamiento médico de la catarata.

Rectificación.—Dr. Vidal Fraxenet: Añade al tratamiento general una medicación local yodurosódica.

¿CUÁL ES EL MÉTODO QUIRÚRGICO IDEAL PARA LA OPERACIÓN DE LA CATARATA?

Dr. Vila Coro: Dos ventajas capitales debe poseer el método ideal: sencillez en la práctica y perfección de los resultados visuales, relegando a segundo término los resultados estéticos. Agrupa en dos los métodos actualmente existentes: el método extracapsular y el intracapsular, si bien uno y otro tienen manipulaciones iguales en algunos tiempos. Seguidamente entra en el estudio de algunos tiempos operatorios. Respecto a la anestesia, señala la inseguridad de los anestésicos empleados, especialmente la solución de cocaína al 4 ó 5 por 100, y cree que es necesaria no sólo la anestesia conjuntival, sino también profunda, lo cual es difícil de lograr (inyección retrobulbar, etc.). El disertante usa una mezcla de cocaína y adrenalina a volúmenes iguales, y con tal anestésico no ha tenido ningún fracaso en las 400 últimas cataratas operadas. Concede poca importancia al colgajo por practicarse igual, tanto en el método intra como en el extracapsular. La parte fundamental es la extracción del cristalino y señala las ventajas e inconvenientes de los diferentes métodos preconizados. Como ventajas del procedimiento clásico señala la sencillez de ejecución, la permanencia de parte del cristalino y la resistencia a la ruptura de la zónula y, por tanto, la considerable barrera de defensa. De las ventajas del método intracapsular *in toto* cita como la principal la brillantez en la agudeza visual, que es casi perfecta. En el capítulo de los inconvenientes señala para el primer procedimiento la permanencia de restos de cápsula anterior y la formación de la catarata secundaria por proliferación de la cara posterior del cristalino, por cuyo motivo debe desecharse sistemáticamente este método. Para el segundo, las presiones formidables que se efectúan al querer romper la zónula que repercuten sobre la oraserrata, además de producir traumatismos en la membrana anterior del ví-

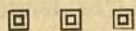
INDUSTRIAL MEDICA SANITARIA

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 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
> > de 110 X 55 X 80 > con 3 >	> 165,00
> > de 120 X 60 X 83 > con 4 >	> 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	> 100,00
> Eureka con almohadones.....	> 195,00
> con lunas.....	> 295,00
> auxiliar con dos entrepaños.....	> 81,00
> con porta-irrigador.....	> 7,00
Porta-irrigador de pie completo.....	> 55,00
> de pared	> 25,00
Cubo a pedal	> 27,50
Taburete giratorio.....	> 88,00



Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

GONOCOLL

Cápsulas balsámicas de
tolerancia perfecta contra la
BLÉNORRAGIA
PROSTATITIS

CISTITIS

y en general contra
todas las
afecciones de
las vías urina-
rias.

Gripe.

Anemia.

Paludismo.

Tratamiento preventivo
y curativo por la asociación
Metilarsino-quinínica.

COMPRIMIDOS DE

PALUDARSYNE

Muestras: Omnium Farmacéutico español. Apartado 4042 Madrid

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX,** etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALECENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Comprimidos compuestos de Hipófisis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^h, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

COLEGIO DE MÉDICOS DE BARCELONA

Sesión del 30 de Enero de 1931.

EL GRAVE PROBLEMA DE LA MORTALIDAD MATERNAL

Dr. Juan Fernán Pérez, de Madrid: Ante muy selecta y numerosa concurrencia dió en el Salón de actos del Colegio de Médicos una interesante conferencia sobre el tema que encabeza estas líneas el escritor médico madrileño doctor Fernán Pérez, quien fué presentado con frases de elogio por su profusa labor médico cultural por el presidente del Colegio, Dr. García Tornel.

El conferenciante agradeció la amable presentación y seguidamente entró en materia, haciendo constar dolorosamente que el porcentaje de la mortalidad maternal va en aumento de forma alarmante. Estableció tres grupos de causas de esta mortalidad: uno de carácter puramente social; otro que entra de lleno en el terreno pedagógico y otro biológico. Para este último fijó las nuevas orientaciones de la etiología y patogenia de las afecciones que producen esta mortalidad y de los agentes bacterianos que contribuyen a aumentarla.

Seguidamente citó las características de los distintos anaerobios y la terapéutica a seguir: sueros polivalentes y profilaxis de las afecciones causantes de mortalidad maternal.

Al dar por terminada su interesante conferencia el doctor Fernán Pérez fué muy aplaudido y felicitado.

**

ACADEMIA DE HIGIENE DE CATALUÑA

Sesión del 30 de Enero de 1931.

HERENCIA Y VACUNACIÓN EN LA TUBERCULOSIS

Dr. J. Gratacós: Hizo un detallado estudio del bacilo tuberculoso y de su morfología, discutiendo el problema de la herencia en su concepto clínico y en el experimental para llegar a deducir una convicción afirmativa, aunque sin llegar a pretender restar valor al factor contagio. A continuación trata de los fundamentos y experiencias sobre vacunación preventiva de la tuberculosis, haciendo consideraciones sobre la inocuidad y eficacia de las vacunas que parten del bacilo de Koch y de las que se basan en el polimorfismo bacilar, considerando preferente el valor de las segundas; pero cree que hoy por hoy no puede ser planteada con suficientes garantías la vacunación preventiva por la existencia de cuestiones previas no del todo dilucidadas: la herencia maternal y la evolución del germen, aunque cada día se progresa en su conocimiento.

Discusión.—**Dr. Pons Freixas:** Lamenta la incompreensión social que revela el hecho de verse desatendidos problemas como el de la tuberculosis, que en pueblos como Norteamérica ha llegado a producirse la disminución de su mortalidad en un 75 por 100, mientras que en Barcelona se encuentran sin asistencia adecuada 15.000 tuberculosos.

**

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Sesión inaugural del 25 de Enero de 1931.

BOSQUEJO DEL DESARROLLO DE LA ROENTGEOLOGÍA

Dr. C. Comas Llabería: El Dr. Suñé Medán leyó la Memoria reglamentaria en la que se reseñan detalladamente los trabajos realizados durante el último curso por esta Corporación. Seguidamente el académico Dr. Comas leyó un interesante trabajo, del que se desprende que en Barcelona se hizo la primera aplicación de rayos X en España. El invento tuvo lugar en Noviembre de 1896 por el profesor

Roentgen, y en primeros de Febrero de 1896 ante varios catedráticos, citando al efecto el Dr. Giné Partagás en este mismo local, entonces Facultad de Medicina de Barcelona, luego Hospital de la Santa Cruz y hoy local de la Real Academia de Medicina, se aplicaron en España por primera vez los rayos X, prestando el Dr. Escrich material para estas primeras experiencias.

Termina su discurso deseando que figure la roentgelografía en el cuadro de materias de la Medicina.

El presidente, Dr. Augusto Pí Suñer, dice que el doctor Comas ha rememorado un hermoso acto celebrado en esta misma casa treinta y cinco años atrás, una sesión histórica en la que por vez primera se impresionaron algunas placas por radiaciones, según el gran descubrimiento del profesor alemán Roentge. Recuerda que estuvo presente en aquella memorable sesión como estudiante, sintiendo al oír al doctor Comas la emoción de tiempos pasados, que ponen de manifiesto que los médicos catalanes que les precedieron sentían también ansias de avance.

Tras breves palabras declara abierto el curso de 1931. *F. Wüst Berdaquer.*

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,4; idem mínima, 702,3; temperatura máxima, 10°, 6; idem mínima, -2°, 2; vientos dominantes, NO. y ONO.

La gripe ha disminuido considerablemente. No se han presentado nuevos casos, y los ya existentes han continuado su marcha natural con escasas complicaciones pulmonares y laringeas. La mortalidad ha tenido una considerable disminución.

Los reumatismos agudos declinan algún tanto y las congestiones hepáticas, colecistitis y cólicos apendiculares se han observado con relativa frecuencia.

CRONICAS

Noticias.—Por el Ministerio de Hacienda se ha dictado una Real orden declarando que los profesores de Cirugía menor y las profesoras en partos, conocidos comúnmente con la denominación de practicantes y matronas, vienen obligados a tributar en razón de sus ingresos profesionales por el título segundo del Real decreto ley de 15 de Diciembre de 1927. (*Gaceta* del 26 de Febrero.)

Barachol.—Con el número presente acompañamos prospecto interesante del preparado perfecto *Barachol*, recomendando su lectura.

Polyglandon.—Acompañamos a la presente prospecto interesante, recomendando su lectura y pedido de muestras de los preparados organoterapéuticos que se indican a E. F. E. Y. N., Apartado 9.009, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único 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 formas: A granel por kilos.—**Muestras gratuitas.**

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estño coloidal. LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84.—Valencia.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.488