

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albifana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.
La correspondencia administrativa y giros al administrador. { Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director..... }

DIABETES



VINO URANADO PESQUI

Que elimina el azúcar del organismo a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed, evita y cura las complicaciones DIABETICAS

OTROS PREPARADOS:

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

Arhéol

$C^9H^{10}O$

Principio activo de la Esencia de Sándalo
Superior a las Esencias de Cedro y de Sándalo

Gonorrrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

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



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.**

mitir en la actualidad como plenamente demostrado que la transmisión de la tuberculosis de la madre al feto por la vía placentaria solamente tiene lugar en un número ínfimo de los casos y que en todos los demás se trata de contaminaciones del hijo en los primeros días de su vida por los productos contaminados expulsados por la madre o quizá por la leche de la misma.

Prescindiendo por un momento de los experimentos y fijándonos en las posibilidades de contaminación tales y como la clínica las presenta, observaremos lo siguiente: La madre tuberculosa padece lesiones localizadas generalmente en los pulmones, a veces en otros sitios. Ahora bien, está en la actualidad bien demostrado que en todas las enfermedades infecciosas, y por tanto, también en la tuberculosis, se producen de cuando en cuando brotes de bacilemia que pueden ocasionar en cualquier momento una generalización del proceso y una granulía, pero que en la mayoría de los casos son transitorios y acaso no se traducen sino por una agravación de la lesión local tras de unos días de malestar. En uno de estos brotes de bacilemia puede tener lugar la infección del feto a través de la placenta; pero como hemos dicho que precisamente en el embarazo mejora con frecuencia el estado general y de nutrición de muchas tuberculosas no produciéndose la decadencia y la agravación hasta después del parto, se comprenderá lo poco probable que es que tales agravaciones ocurran en el embarazo de estas enfermas con el consabido peligro para el feto.

La consecuencia práctica de esta noción terminante de la contaminación del hijo después del nacimiento está en la posibilidad de evitar esta infección, y acerca de ello tendremos que insistir con la debida extensión al tratar del capítulo de la tuberculosis. No solamente se puede evitar la contaminación aislando al niño de la madre tuberculosa inmediatamente después del nacimiento, sino también por medio de la vacunación del niño, que actualmente es, no sólo posible sino fácil, gracias a la vacuna B. C. G. preparada por Calmette. Con ella no se puede, ni mucho menos, considerar resuelto el problema de la profilaxia de la tuberculosis en

pero lo corriente es que el padre contagie a la madre y que, por lo tanto, actúen sobre el huevo los dos progenitores a la vez, con lo que el efecto nocivo resulta forzosamente exaltado. Hay que estudiar el efecto del embarazo sobre la sífilis, y al revés.

Habitualmente, las manifestaciones de la sífilis son más graves en la mujer embarazada que en la que no lo está. Se suelen observar lesiones primarias (chancro) y secundarias, porque las terciarias pocas veces coinciden con la edad a la que las mujeres se hacen embarazadas. El chancro es siempre más grande y de duración bastante más larga; en cambio, su diagnóstico diferencial con el chancro blando suele resultar bastante más difícil, porque a consecuencia de la congestión que sufren durante el embarazo todos los tejidos maternos no presenta la dureza que es habitual que tenga. No es raro que ese chancro se prolongue durante diez a doce semanas o más.

En el segundo período, las sífilides cutáneas y mucosas son también muy voluminosas; las lesiones que se observan en la vulva con mayor frecuencia son las pápuloerosivas, que se desarrollan en las embarazadas con gran exuberancia, que toman rápidamente la forma mamelonada, vegetante e hipertrófica, alcanzando pronto el aspecto de un tumor que deforma toda la vulva. Además son más rebeldes que en los casos corrientes, y tardan mucho tiempo en reabsorberse, resistiéndose bastante al tratamiento. También son corrientes las sífilides ulcerosas, que resultan más profundas a consecuencia de la turgencia de las partes inmediatas y que tardan también más tiempo en absorberse. También se agravan los fenómenos generales de la sífilis, como son las neuralgias, en especial las cefalalgias, los insomnios y los fenómenos de anemia.

La influencia de la sífilis sobre el embarazo es también evidente, pero difícil de puntualizar porque depende de factores muy numerosos, que son: la época del embarazo en que la enferma haya contraído la sífilis, la virulencia de la infección, la índole y la constancia del tratamiento que se haya seguido. Aunque claro está que en cuanto a esto



último se dan los casos más distintos, se puede afirmar que afortunadamente en la actualidad, gracias a los tratamientos enérgicos de que se dispone, la mayoría de las mujeres embarazadas se pueden cuidar mucho mejor, a veces hasta ignorando ellas mismas la clase de tratamiento a que se encuentran sometidas, y no se ven ya los casos de alteración tan grave que eran corrientes todavía hace un cuarto de siglo. Si la mujer era sífilítica antes de hacerse embarazada, que es el caso más corriente en las mujeres contagiadas por su marido desde los primeros días del matrimonio, el feto suele morir, tanto más pronto cuanto más reciente es la sífilis, y claro es que después de muerto se le expulsa.

De modo que más bien que abortos o partos prematuros lo que sucede es que se expulsan fetos, sea antes del término de la viabilidad, sea en los tres últimos meses del embarazo, pero siempre muertos y macerados. Cuando la sífilis se va debilitando, como sucede algunas veces de una manera espontánea al cabo de bastantes años de persistencia de la infección, y de una manera corriente cuando la mujer se somete al tratamiento conveniente, los fetos se van acercando cada vez más al término y hasta suelen nacer vivos, si bien con lesiones sífilíticas. Por último, en los casos más favorables, y afortunadamente en la actualidad gracias a los buenos tratamientos en casi todas las enfermas cuidadosamente tratadas, los niños nacen a término, vivos y sin síntoma alguno de la enfermedad, variando la evolución de los mismos según la verdadera eficacia que haya tenido el tratamiento sobre el feto, pues hay casos en que a los pocos días del nacimiento empieza a tener los síntomas que no tenía al nacer, y hay otros en que puede ser perfectamente normal, según lo demuestra el curso ulterior de la vida del niño.

Si la enferma se hace sífilítica al mismo tiempo aproximadamente que embarazada, como sucede con las mujeres que contraen la sífilis por contagio de su marido y que quedan embarazadas muy poco tiempo después del matrimonio. En estos casos lo corriente es que la mujer no se aperciba de que está enferma, atribuyendo a accidentes del embarazo las lesiones que no conoce, si es que llega a darse

tuberculosas, sobre todo si padecían formas graves de la enfermedad, que empiezan a tener una manifestación rápida, no después del parto, sino en los últimos meses del embarazo, tienen partos prematuros o abortos, lo que lleva consigo el nacimiento de fetos muertos o de insuficiente viabilidad que los hace morir al cabo de pocos días. En otras ocasiones el feto nace a término, pero en condiciones de tan poca resistencia que suele morir a los pocos meses víctima de la meningitis tuberculosa. El hijo de madre tuberculosa se hace muchas veces tuberculoso; veamos algo del mecanismo de transmisión de la enfermedad. Ante todo, la transmisión de la tuberculosis de la madre al feto por la vía placentaria es completamente excepcional, pero existe. Se ha demostrado clínica y experimentalmente su exactitud. Clínicamente se conocen casos en que en los fetos nacidos muertos o muertos muy pocas horas después del nacimiento se han encontrado en la autopsia en las vísceras lesiones tuberculosas, confirmadas por la existencia de bacilos, que no es posible admitir que se hayan formado por medio de una infección digestiva o respiratoria después del nacimiento. En los animales también se han encontrado lesiones tuberculosas con bacilos en los fetos nacidos de hembras tuberculosas. Los hechos experimentales se han llevado a cabo inoculando animales con vísceras de fetos nacidos muertos de madres tuberculosas, con trozos de placenta de tuberculosas, con sangre de la vena umbilical, con líquido amniótico.

Todos estos ensayos han dado ocasión, repetidas veces, a resultados positivos de las inoculaciones. Además se han observado en la placenta fenómenos tuberculosos. Pero si los experimentos referidos son muy importantes porque demuestran la posibilidad de que la tuberculosis se transmita de la madre al feto, los que se han hecho inoculando la tuberculosis a las hembras preñadas para estudiar el paso o no paso al feto de la enfermedad, demuestran que esta forma de contaminación es completamente excepcional. Para la especie humana, lo mismo que para la mayoría de las especies animales susceptibles a la tuberculosis, se puede ad-

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.



SANOCAL
intramuscular

SANOTION
Tiosulfatos Alcalinos
Para inyección hipodérmica e intramuscular
Tratamiento de elección en las Litiasis biliar y renal, agudas o crónicas. Artritis. Reumatismo. Desensibilizante en general y cutáneo, etc.
Cajas de 10 ampollas de 2 c. c.

SANOCAL
CALCIOTERAPIA INTRAMUSCULAR INDOLORA
Tuberculosis en general. Adenopatías, traqueo-bronquiales infantiles. Raquitismo. Osteomalacia. Amenorreas, etc.
Único en aquellos casos que por dificultad de inyección no se puede usar la forma intravenosa. Indicado en los niños.
En cajas de 10 ampollas de 5 c. c.
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas.
MUESTRAS Y LITERATURA
HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

laboratorios abelló

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

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados descuidados.

Tos rebeldes Asma

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

JARABE FAMEL

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

Muestras a disposición de los 3^{os} Médicos
Agentes Generales para España
CURIEL Y MORÁN Aragón 128 Barcelona

Correspondencia administrativa : :

La correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa. La demás correspondencia se responderá en esta sección.

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

D. Ventura Revilla Ga'a.—Pagado fin Diciembre 1931.

D. A nador Vicente de Tapia.— Id.

D. Ricardo Asuncion.—Id. fin Diciembre 1932.

D. Domingo Velilla Franco.—Id. fin Diciembre 1931.

(Continúa en la pág. XX).

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thiocol, Pepsina y extractos estabilizados de Kola y de Nuez Vómica. (Quando 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)



SANTAL MONAL
au Bleu de Méthylène

DOSE:
6 a 10 capsules par jour

EL MAS ACTIVO
EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{ie}, PARIS

SANTAL MONAL

AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico

Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 à 10 capsulas al día

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

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

14 II 1931

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

Reglamentación de la profesión médica en Alemania.

Es sorprendente ver que un estado tan policiaco como Alemania haya desdenado hasta ahora la reglamentación de la profesión médica, en contradicción con casi todos los países europeos. Aun hoy se ve desligado de toda calificación oficial, existiendo entera libertad entre

el charlatán seguía impasible el movimiento el Cuerpo médico alemán se ha negado a ceder a las tentaciones de una sencilla publicidad. Hace algunos meses, los representantes calificados por toda la sociedad médica alemana han estigmatizado en términos categóricos toda publicidad, franca o culta, como contraria a la moral profesional. Uniéndose ella a los factores que en todo tiempo y lugar favorecen el charlatanismo, no extraña saber que en 1927, por ejemplo, había inscritos en los registros profesionales de la Prusia un número exacto de 6.786 charlatanes, y en 1928 casi 500 en Munich.

La cuestión de la libertad médica ha adquirido en los últimos años un movimiento de actualidad debido a un ajustamiento recíproco de los Códigos penales austríaco y alemán. Por otra parte, en Austria el ejercicio ilegal de la Medicina está castigado con penas severas. Los médicos austríacos están decididos a defender hasta el fin los artículos 343 y 344 de su Código de 1852, y piden al Reichstach que siga su ejemplo.

La Comisión parlamentaria competente ha mantenido muy interesantes

rigor a los charlatanes. Si se piensa que también la política ha venido a mezclarse en sus asuntos y que el partido más poderoso de Alemania ha tomado una posición hostil al establecimiento de un régimen médico ordenado, no es fácil prever ningún cambio próximo en el estado actual de las cosas.

Mas aunque la ley deje el campo libre a todas las prácticas, es necesario tener en cuenta, sin embargo, que si el Estado reconoce a los ciudadanos el derecho

SUSTITUTOS E IMITACIONES
de toda clase no logran alcanzar
a nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

los médicos (*Kurier Freiheit*). Solamente el título de médico, reservado a los laureados de las Facultades, goza de una protección legal como título honorífico de doctor. Todas las demás denominaciones son lícitas, y la ingeniosidad lingüística de los charlatanes no se encuentra muy escondida. Curandero, terapeuta, sabio en Medicina, médico viajante, bioquímista, terapeuta a distancia, etc., etc., y otras numerosas palabras compuestas, a las que se presta tan fácilmente la lengua alemana, adornan las placas anunciativas de los médicos independientes.

Hasta 1869 existieron en Prusia disposiciones incorporadas al Código penal de 1851, que reservaba el ejercicio de la Medicina para los diplomados únicamente en las Facultades del Estado. Estas disposiciones han sido anuladas en 1869 con el generoso concurso de los médicos mismos.

El Sr. Virchow, seguro de los éxitos positivos de la ciencia médica, no ha vacilado en pedir que se levantase la tutela humillante bajo la cual se había

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

colocado hasta entonces la medicina oficial, provista ahora de capacidad suficiente para triunfar de los prejuicios populares y afrontar la barbarie humana. De esta manera fué como se realizó; y lo que Prusia había juzgado como indigno hasta entonces, el Imperio no lo ha juzgado útil aún. Por esta razón la *Kurier Freiheit* persiste desde entonces en Alemania.

Después de la guerra, la reacción más visible contra los desfallecimientos de la vida económica de la postguerra presenta entre todas una explosión de reclamo irrespetuosa y sacrilega. Mientras

GOTAS SANGUINEAS

ROYEN

Peptonato de Hierro, Cuasia y Strophantus.

de hacerse atender a su capricho por sí mismos cuando necesitan de los médicos para asuntos oficiales, no llama más que a los laureados por las Facultades, o sea a sus propios alumnos.

El organismo de seguros sociales está reservado también únicamente a los médicos diplomados.

Desde el punto de vista que nos ocupa, la ley de las enfermedades venéreas es de la mayor importancia. Fué esta blecida para luchar contra dichas enfermedades en 1925, y estipula, bajo pena de sanción correccional, que el tratamiento de las enfermedades venéreas no debe emprenderse más que por un médico diplomado. Este es un brillante, aunque muy somero, homenaje rendido a la medicina oficial, a la vez que una advertencia indirecta para el público.—
M. P.

Cinematógrafo y criminalidad.

La criminología contemporánea proclama a modo de axioma fundamental que la Sociedad no está garantida contra la delincuencia sólo con los códigos penales, caracterizados por la relación de los delitos y las sanciones congruas. Es necesario, además, una legislación preventiva de delitos. Ya la mentalidad vigorosa de ingenieros postulaba que la profilaxia y prevención de la delin-

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

debates sobre este punto; pero la sociedad alemana para la lucha contra el charlatanismo no ha conseguido satisfacción alguna. En vano sus oradores invocaban el ejemplo de Francia, en la cual un gesto de la Convención fué lo suficiente para instituir plena libertad en la práctica médica (con supresión de todas las Facultades y Escuelas de Medicina), debiendo ser repasado por la ley de 1803, firmada por el primer cónsul. También ha sido invocada la experiencia soviética. En efecto, después de la declaración de la más completa libertad en el ejercicio médico, el Gobierno de la U. R. S. S. tuvo que promulgar la ley de 1925, que castiga con singular

ÚLTIMO TIPO DE CÁPSULA DE VITOLO

VITOLO

Indicado en: Sífilis, Paludismo, Tuberculosis, Síndromes parkinsonianos, Eczemas, Anemias, Linfaadenias, Astenias, Convalecencias. Apartado de Correos 9.030.—MADRID

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

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

Indicado en: Sífilis, Paludismo, Tuberculosis, Síndromes parkinsonianos, Eczemas, Anemias, Linfaadenias, Astenias, Convalecencias. Apartado de Correos 9.030.—MADRID

cuencia tiene mayor importancia que la represión misma. Y en verdad que el aserto es irrefragable si abordamos el estudio de la etiología del crimen, del que aparecen dos grandes grupos de causas: sociales e individuales, referidas éstas a la estructura fisiopsíquica del agente.

La acción del medio ambiente sobre el individuo es notablemente eficaz en la formación de su temperamento, razón por la cual el Estado se halla en la obligación ineludible de cuidar celosamente aquellos factores cuyo libre desenvolvimiento ocasione un influjo nocivo en la condición del carácter y de las tendencias individuales.

El cinematógrafo ha tenido una influencia muy apreciable en el desarrollo de la criminalidad de los menores, y en más de una ocasión se ha manifestado de manera palpable como fuerza generatriz de primer orden en la producción de múltiples delitos. Esas producciones cinematográficas en que la imaginación

aquel pueblo. He aquí la influencia directa del cine en el nacimiento de la criminalidad de los menores. En poblaciones como Cincinnati la delincuencia juvenil aumento en más de un 50 por 100 por la acción directa del cinematógrafo.

El célebre fiscal italiano Lino Ferri-

ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

ni, ahondando en el estudio de estas cuestiones en un libro sumamente interesante, «Las mujeres y los niños en la vida social», llega a decir lo siguiente: «Si el cinematógrafo se deja sin intervención, a merced de sórdidos especuladores que halagan los instintos malos del pueblo y aviesamente despiertan y excitan los del niño con escenas pornográficas, con espantosos y sangrientos dramas, con invenciones de asuntos terroríficos, con episodios de bandidos y ladrones cuyo moral epílogo es el triunfo de la obscenidad, de la fuerza bruta, de la astucia criminal, de las arterias fraudulentas, ¡ah!, entonces el cinematógrafo se convierte en vehículo—¡y qué vehículo!—de corrupción, en una especie de curso popular de perfeccionamiento en la ciencia del mal, curso rapidísimo, ya que el arte, cuando se supedita al vicio, obtiene resultados que superan infinitamente a los del arte empleado para difundir el bien».

Todo esto demuestra la imperiosa necesidad de la intervención gubernamental, mediante leyes que tiendan a impedir la propagación del crimen por el cinematógrafo. En estos casos se justifica la censura previa. Y no se invoque el argumento de que así se lesionan los derechos individuales, porque tanto éstos como la misma libertad hallan su justo límite donde comienza la demasia, que en este caso estaría representada por el daño incalculable de fomentar la delincuencia de los menores.

E.

(Acción Médica L. ma.)

ELIXIR BERTRAN

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

VIAJE POR EL CIELO

Así que anochece aparece en Oriente la más hermosa constelación del cielo, que es el Orión. Presenta la figura de un altar, en cuyo centro brillan tres estrellas de segunda magnitud, conocidas con los nombres de las Tres Marías, los Tres Reyes Magos o el Cinturón del Orión. Su base está formada por un triángulo de tres estrellas, una de las cuales es de primera magnitud y se llama *rigel*, y el vértice consta asimismo de un triángulo de tres estrellas, dos de las cuales son de primera magnitud, llamadas *Bellatrix* la que mira a Poniente y *Belengenze* la otra.

Belengenze, *Sirio* del can Mayor y *Proción* del can Menor forman un triángulo equilátero. *Sirio* es la estrella más resplandeciente del firmamento.

NOCHE DE PARTO

I

La pastora que vive en el barrio extramuro de la ciudad siente los primeros dolores precursores de parto.

Se encuentra sola, recostada en su pobre cama, pues su marido se halla en el redil al frente del ganado en unión del zagalejo, el único hijo de la casa.

Son las doce de la noche; en toda la vecindad hay un silencio de muerte; ni un alma pasa por la calle, así que la pobre mujer, en situación tan crítica, no puede reclamar el auxilio de nadie... Sólo de vez en cuando se siente el aullido de algún lejano mastín.

Y los dolores avanzan cada vez con mayor intensidad y frecuencia.

La parturienta, temblando y al comprender el peligro en que se halla si algún grave contratiempo se le presentara, quiere andar para ganar la puerta y demandar socorro, pero no puede; le

Lactofitina: reconstituyente infantil.

faltan fuerzas en las piernas para sostenerse...

Y así pasa lentamente el tiempo... que para aquella pobre mujer es una eternidad.

II

El doctor X, un muchacho joven y casado con una señorita rica, de familia de rancio abolengo y falta asaz de belleza, se dedica a la especialidad de tocólogo, y que la cultiva, más que por su mar dinero, para tener un pretexto en la noche que le conviniera para poder salir de casa sin infundir la menor sospecha.

Aquel día, como tantos otros, y después de hacer que cenaba, se despidió de su cara costilla con la faz compungida al dejarla solita y al pensar que acaso pasase toda una noche de vela al tener que asistir al parto de una señora de la más alta aristocracia.

Saló de casa envuelto en un magnífico abrigo de pieles, pues la noche era bastante fría, y montando en su automóvil parte veloz en dirección a donde al chofer le indicara.

III

En el reservado de un restaurant de moda se halla una peña de amigos ante una amplia mesa, preparada para cenar, esperando la llegada del doctor X, y que el sonido de una sonora bocina les anuncia la llegada del comensal.

Y, en efecto, a los pocos momentos

ANTIPHLOGISTINE

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

hace su entrada, y lleno de satisfacción e inundándose su corazón de felicidad al escuchar un jazz band, cruza el amplio salón principal en medio de tanta cara bonita, hasta llegar a donde le esperan los suyos.

SIGUE A LA PAGINA XX

Urosolvina: eficaz antiúrico.

derrama concepciones fantásticas, donde el cow boy armado de todas armas realiza hazañas increíbles, y el bandoleiro aureolado por atributos admirables da cima a empeños gigantescos, hieren con vigor la mente de la infancia y la predisponen en aquel sentido. En estos casos el cine se trueca en incentivo de actitudes criminales. Lejos de aparecer como instrumento de educación se convierte en germen de perversidad.

Por eso, al estudiar este problema el Dr. Lancis, en la Memoria leída en el acto de la solemne apertura de los Tribunales de Justicia de Santiago de Chile, analiza en todos sus aspectos la acción del cine sobre los adolescentes, indicando los medios más adecuados para depurarla. «No podemos menos de llamar la atención de las autoridades a quienes corresponda—dice el Dr. Lancis—para que con todo celo y constancia se vigile y prohíba el hecho muy frecuente, mejor dicho, diariamente realizado, de que los menores concurren a la exhibición de películas cinematográficas que son una enseñanza completa de la manera cómo deben ejecutarse hechos que constituyen verdaderos delitos, forma de ocultarlos y procedimientos para evadir la acción de la policía y la justicia». Para probar esta afirmación el Dr. Lancis recordaba el célebre caso ocurrido en Mariannao. Se exhibió una película cinematográfica titulada «La mano que aprieta», en la que se sucedían ininterrumpida serie de ataques

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

contra la propiedad y en la que la habilidad de los delincuentes alcanzaba el grado de proeza. No tardó mucho tiempo sin que un grupo de menores organizara una asociación bajo el mismo nombre. «La mano que aprieta», dedicada a realizar los mismos hechos que habían visto en la cinta, y pronto asaltaron y robaron en una residencia de



EL UNICO PRODUCTO

AGRADABLE

A BASE DE

SALES HALÓGENAS DE MAGNESIO

es en 1931, EL NUEVO

SENECTAL PELLETIER

NUEVOS COMPRIMIDOS DE RIQUEZIMO SABOR

DULCES Y AROMÁTICOS A LA FRAMBUESA

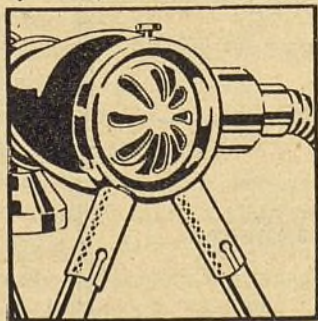
UNICO PUNTO DE VENTA EN MADRID:

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

PHILIPS *Metalix*

¡EL APARATO PORTÁTIL DE RAYOS X!

En el aparato "Metalix" se han aprovechado las admirables propiedades del tubo "Metalix", de fama mundial, y constituye el ideal para el médico práctico, por su sencillez, por la seguridad de su manejo y por lo sólido y perfecto de su construcción. Numerosas certificaciones de eminentes médicos de todos los países, patentizan que el aparato satisface de una manera maravillosa todas las exigencias, en cuanto a utilidad y duración.



Peligro de fractura prácticamente excluido.
Solidez y duración de todas sus partes, no obstante lo ligero de su peso.
Claridad máxima de la imagen, gracias al objetivo GOETZE de que está provisto.
Puede conectarse sencillamente a cualquier enchufe de luz.



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

PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

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



Salicitiro

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

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

**EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRÓNICO, etc.**

MUESTRAS Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS



PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS



GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: La optoquina en dos niños con empiema, por el Dr. P. Buxó Izaguirre. Información científica extranjera: Los estudios de Johnson, Swan y Weigand sobre actitudes del individuo en la hipnosituación en el Mellon Institute-Universidad de Pittsburgh. Adaptado al castellano por F. Javier Cortezo. — Sesiones clínicas. — Periódicos médicos.

LA OPTOQUINA EN DOS NIÑOS CON EMPIEMA

POR EL

DR. P. BUXÓ IZAGUIRRE

Médico de número de la Casa de Maternología, de Barcelona

En general, toda colección purulenta cerrada, aguda, beneficia de su dilatación amplia. Tal norma es la que desde luego se sigue en los empiemas de los adultos. Pero en los niños, especialmente en los de pecho, la intervención quirúrgica se halla comprometida por un pronóstico más serio.

Spence, en 53 empiemas de niños de menos de un año de edad da la mortalidad del 55 por 100 para los tratados por el drenaje-sifón, del 77 por 100 para los evacuados por aspiración y del 87 por 100 para los pleurotomizados.

Para el segundo año de la vida dicho autor anota las mortalidades respectivas de 54, 66, 44 por 100 y por resección costal del 80 por 100.

Para el tercer año el 29, 0, 33 y 0 por 100, respectivamente. No obstante, anotaremos que en dicha estadística el cero se refiere a dos casos por aspiración y a uno por resección costal; las otras cifras más elevadas corresponden a un número de observaciones mucho mayor.

Y añade Spence: creemos con razón que dichas cifras son probablemente mejores que la realidad, pues los casos favorables tienen mayores probabilidades de ser publicadas.

Es forzoso, pues, deducir que el tratamiento de los empiemas de los niños pequeños por los procedimientos anotados implica un pronóstico sumamente grave, la mayoría de las veces mortal.

Estos hechos han sido la base para despertar el entusiasmo de los clínicos al tener conocimiento de las ventajas del más moderno método de curación por la optoquina.

La optoquina se distingue por su acción electiva contra el neumococo; es un derivado de la quinina que ha sido objeto de numerosos trabajos clínicos

desde que Morgenroth demostró en 1911 la propiedad de curar y de prevenir la septicemia neumocócica del ratón.

Según la clasificación de Neufeld, se distinguen cuatro clases de neumococos, siendo el tercer tipo el que posee la cápsula más espesa y el que provoca la mortalidad del 100 por 100. Los experimentos de Morgenroth demuestran que bajo la acción de la optoquina el neumococo puede transformarse en estreptococo viridans y éste en estreptococo hemolítico.

La primera de las afecciones producidas por neumococos es indudablemente la neumonía, dada su mayor frecuencia. Aunque en conjunto los resultados observados son favorables, no obstante su diversidad, mantiene divididos a los clínicos y no se ha pronunciado todavía el fallo definitivo respecto a la neumonía. A este respecto podríamos comparar la acción de la optoquina con la de ciertos arsenicales de la serie de Ehrlich anteriores al 606 y al 914, que tendrían un efecto tóxico sobre el nervio óptico en individuos hipersensibles y que en el caso de la optoquina podría también atacar al acústico, y así se han descrito casos de neumónicos que han sufrido accidentes de ambliopía y sordera, pasajeros o definitivos; no obstante, las dosis empleadas en tales enfermos parece que han sido demasiado elevadas y no se han vuelto a observar tan graves efectos desde que la posología de la optoquina ha sido bien calculada.

Pero estos hechos que han sido observados al administrar la optoquina por ingesta, no se han mencionado en las enfermedades en que dicho medicamento obra por contacto directo con los neumococos, sin pasar al torrente circulatorio. En estos casos una pequeña cantidad de optoquina resulta suficiente para obtener la destrucción de los neumococos. *In vitro* una concentración de uno por un millón detiene el desarrollo de un cultivo de neumococos; en el suero sanguíneo dicha dilución, mortal para el neumococo, ha sido calculada al 1 por 400.000. Estas soluciones son perfectamente toleradas por los tejidos del organismo, por lo cual cuando es posible llevar el medicamento al mismo foco donde pululan los neumoco-

cos es fácil su esterilización y, por consiguiente, hace suponer la pronta curación del enfermo.

El ejemplo más demostrativo de una enfermedad fácil de desaparecer con la optoquina es la conjuntivitis de neumococos; la aplicación local de algunas gotas de una solución al 1 por 100 da lugar a una curación segura y rápida (L. Cheinissé).

En la meningitis de neumococos, afección de tan elevada mortalidad que puede considerarse como de terminación siempre fatal, se han citado algunos casos de curación, aunque en la mayoría la muerte sigue siendo la regla.

Por el contrario, los resultados obtenidos en las pleuresías purulentas de neumococos proporcionan éxitos tan frecuentes que muchas veces la optoquina constituye el tratamiento de elección.

El primer trabajo importante aparecido sobre esta cuestión fué el publicado por Gralka en 1922. Allí reseña siete observaciones de empiemas a neumococos que fueron tratados por la optoquina en la clínica de Breslau. El método utilizado por Gralka, que es el comúnmente empleado, consiste en lo siguiente: Se punciona la colección purulenta en su parte más declive con una aguja de grueso calibre y se retira el pus por aspiración, mediante un aparato tipo Dieulafoix u otro que logre extraer el pus sin que entre el aire en la pleura al vaciar la jeringa, lo cual se obtiene fácilmente con una cánula de doble llave; de lo contrario se formaría un neumotórax artificial que tal vez dificultaría la curación. Cuando todo el pus se ha evacuado por completo, entonces Gralka efectuaba un lavado de la cavidad pleural con una solución de optoquina al 5 por 100, retirando en seguida este líquido por aspiración. Pero Woringer, con mayor experiencia, en la actualidad ha suprimido dicho lavado, ya que es muy difícil vaciar de nuevo la pleura por completo, lo que trae el inconveniente de ignorar la cantidad de optoquina retenida y, por consiguiente, resulta difícil de calcular la inyección definitiva de optoquina que a propósito debemos luego dejar en la cavidad de la serosa. Así pues, una vez evacuado por completo el pus y sin realizar ningún lavado intrapleural, se inyecta una solución de clorhidrato de optoquina al 5 por 100, para dejarla en la cavidad pleural, en una cantidad que corresponde alrededor de 25 miligramos de optoquina por cada kilogramo de peso del niño, sin sobrepasar la dosis total de 0,50 gramos. Por lo tanto, a un lactante que pese 8 kilos le inyectaremos 0,20 gramos de optoquina, es decir, 4 c. c. de la solución al 5 por 100.

Lo esencial del método es retirar la mayor cantidad posible de pus e inyectar la cantidad precisa de clorhidrato de optoquina.

Con esta solución se esteriliza la cavidad pleural si sólo contiene neumococos, lo cual se obtiene con frecuencia a la primera inyección. Los frotis hechos con pus de empiemas que han recibido ya una vez optoquina no contienen neumococos o éstos son escasos y en vías de degeneración.

La primera inyección de optoquina suele ir segui-

da pocas horas después de un rápido descenso de la fiebre, que muchas veces es definitiva. No obstante, a veces vuelve la fiebre después de algunos días, pero una nueva inyección de optoquina logra generalmente que baje otra vez. Al propio tiempo que la fiebre desaparecen los demás síntomas infecciosos y los niños recuperan rápidamente su alegría natural.

Estos efectos son igualmente característicos para los empiemas en su comienzo, como para aquellos otros que ya llevan varias semanas o meses de constituidos y cuyo diagnóstico no se había hecho o bien fueron sometidos anteriormente a otros tratamientos que han resultado ineficaces.

Según Woringer, el pus pleural se reabsorbe rápidamente una vez que ha sido esterilizado, lo cual afirma dicho autor en vista de los exámenes radiológico repetidos.

En los casos de pleuresías purulentas debidas a otros gérmenes patógenos, la optoquina no alcanza ningún resultado apreciable; así es como se ha visto fracasar en pleuresías a estafilococos o en otras con neumococos asociados a estafilococos, de las cuales han desaparecido los neumococos con la optoquina, persistiendo los estreptococos y sin lograr mejoría clínica en los respectivos enfermos.

Siguiendo este método es como Woringer ha tratado 36 niños con empiema, escribiendo el trabajo más importante sobre este particular y que fué publicado en Febrero de 1929 en la *Revue Française de Pédiatrie*. De estos 36 niños 24 han vuelto a sus casas completamente curados sin haber sido sometidos a ningún otro tratamiento. Cinco han sido operados secundariamente, después de aguardar durante unas semanas los efectos de la optoquina, la mayoría de los cuales se han restablecido fácilmente. Un niño con pleuresía de estafilococos se curó después de numerosas punciones evacuadoras, de suerte que dicho resultado no puede ser atribuido a la optoquina inyectada. Finalmente, los restantes seis niños han muerto durante el tratamiento. La mortalidad global ha sido, pues, del 16,7 por 100, ya que el 83,3 por 100 de los enfermos de Woringer han alcanzado la curación. Si se quiere tener en cuenta tan sólo los 24 niños curados exclusivamente con inyecciones, en tal caso tenemos la proporción de 66,7 por 100 de curaciones logradas con la optoquina. Pero en las descripciones clínicas que minuciosamente relata Woringer en su trabajo puede apreciarse que los niños operados secundariamente se han beneficiado con las inyecciones de optoquina que han precedido a la operación, de suerte que también estos casos merecen apuntarse en el activo del método. Estas cifras demuestran un gran adelanto en el tratamiento de esta grave afección. Desde los tres años en adelante los 18 casos tratados por Woringer con la optoquina han curado todos, estadística que no se ha conseguido ni con mucho con los demás tratamientos.

Telegráficamente enunciaré los seis casos mortales de Woringer, que han sido autopsiados casi todos:

MEDICACION GUAYACOLADA INTENSIVA

"Réstyl"

ETER GLICERO - GUAYACOLICO SOLUBLE

Tratamiento eficaz

de las afecciones bronco-pulmonares
del Linfatismo
de la Escrófula

de la **Tuberculosis**
en todas sus manifestaciones

El **Réstyl** significa la anti-sepsia pulmonar con todas las ventajas de la medicación creosotada

sin ninguno de sus inconvenientes.

Bajo su influencia la secreción bronquial se seca, la tos desaparece, las lesiones se cicatrizan, el peso aumenta, cesan los sudores y se mejora por completo el estado general.

Cuatro formas

Jarabe, frasco de 20 dosis.
Cajita de 24 pastillas.
Tubo de 20 comprimidos.
Ampollas de 2 cm³ (inyección subcutánea).

Muestras : Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos
Apartado 744 : BARCELONA

Sistomensina „Ciba“

es la Hormona ovárica fisiológicamente titulada, reguladora de la menstruación. Estimula el desarrollo de los órganos sexuales femeninos.

INDICADA EN: Dismenorreas funcionales
Menorragias sin lesión orgánica
Hemorragias de la pubertad y menopausia
Fenómenos de carencia
Trastornos de la lactancia
Infantilismo, hipoplasia del útero

Comprimidos
Cajas de 40 y 200

Ampollas
Cajas de 5 y 20



CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

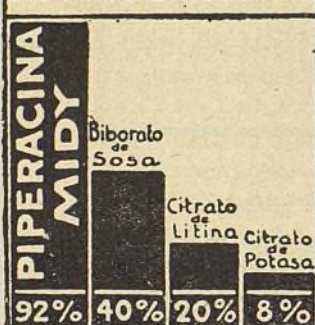
PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

"El más rico en principio activo."



Solubilidad comparada
del Acido URICO en:



MUESTRA Laboratorios MIDY.

Especificar bien el
nombre **MIDY** para
evitar las substituciones

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

4, rue du Colonel Moll, PARIS

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLOGICAMENTE)

CONCENTRADO Y

SOLIDIFICADO

VITAMINAS A.B.D.

SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
- SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

Adultos: de 6 a 10 Grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados

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

RAQUITISMO

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACION

ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D'E Perraudin & F^o de la Clase. 21, rue Chaptal - Paris (9^e)

Observación 32.—Cuatro meses de edad. Síndrome coleriforme, bronconeumonía, pleuresía derecha, fístula pleural.

Observación 27.—Siete meses. Bronconeumonía confluyente bilateral, pleuresía izquierda.

Observación 18.—Catorce meses y medio. Pericarditis, nefritis, flebitis, pleuresía derecha.

Observación 14.—Quince meses. Bronconeumonía supurada, otitis bilateral, pleuresía izquierda con estreptococos en el derrame.

Observación 19.—Diecisiete meses. Bronconeumonía confluyente con abscesos pulmonares múltiples, pleuresía izquierda.

Observación 35.—Diecisiete meses. Pleuresía bilateral, bronquiolitis supurada.

Estos casos son muy instructivos y demuestran que la muerte ha sido causada por una localización infecciosa sobreañadida al empiema. Además, permiten otra conclusión, cual es la de que los efectos de la optoquina se dejan sentir tan sólo localmente, en el mismo lugar de la inyección; desde el momento en que se establece otro foco infectivo, aun cuando también fuere neumocócico, la optoquina no actúa allí, lo cual se comprende si pensamos que la absorción del medicamento a través de la serosa inflamada es nula o casi nula a las dosis que debemos emplear. Por eso es preciso saber despistar las nuevas localizaciones y no contentarse únicamente con tratar el primer empiema si otros focos se han producido; es decir, debemos explorar detenidamente al enfermo con frecuencia.

Actualmente las observaciones publicadas de niños enfermos de empiema tratados por la optoquina pasan algo de las sesenta, y para la mayor parte de casos desgraciados los fracasos han sido debidos principalmente a las bronconeumonías concomitantes, a las localizaciones extrapulmonares de la infección y a las asociaciones microbianas.

* * *

Resumida ya esta cuestión, pasemos a tratar de los dos casos de niños con empiema que he tenido ocasión de someter recientemente al tratamiento por la optoquina.

Observación primera.—María Perales, nacida en Abril de 1929; ha sido criada con leche de vaca. Ha tenido siempre buena salud y a los trece meses de edad, Mayo de 1930, fecha en que cae enferma, pesa unos 11 $\frac{1}{2}$ kilogramos, peso espléndido en relación con la edad.

El día 1.º de Mayo del año que cursa presenta síntomas gastrointestinales ligeros, acompañados de fiebre de mediana intensidad, que oscila entre 37º y 38º,5, que diagnóstico de dispepsia de putrefacción y establezco un régimen y un tratamiento farmacológico adecuados, que no logran dominar completamente los síntomas, aunque se van esfumando los locales, persistiendo la febrícula. Así llegamos a mediados de Mayo y sobre el día 20 puedo percibir netamente un soplo tubario en la parte alta del pulmón

izquierdo, oscilando aquellos días la temperatura entre 37º,5 y 39º. Prescribo entonces la revulsión local y una medicación balsámica, sin que tampoco se modifique gran cosa el estado de la enfermita, que presenta alternativas en la fiebre y reaparición algún día de trastornos dispépticos, sin que la disnea alcance proporciones demasiado alarmantes. Así seguimos hasta el día 4 de Junio, en que aprecio un aumento de la matidez del costado izquierdo; dicho día se notaba también claramente el soplo tubario en el propio sitio de la matidez, por lo cual yo persistía en la creencia de que se trataba de una congestión pulmonar de larga duración. No obstante, a pesar de este criterio y para mayor garantía de acierto, practiqué dicho día una punción pleural, que me deparó la sorpresa de la salida de un líquido seropurulento bastante claro. En vista de esto, modifiqué forzosamente mi criterio clínico y me dispuse a tratar el empiema por el método de Gralka-Woringer.

Como no esperaba el día de la punción la salida de pus, no llevaba preparados portaobjetos y no pude hacer frotis para la investigación del microbio productor.

Al día siguiente, 5 de Junio, practiqué la primera toracentesis, dando salida a unos 200 c. c. de líquido purulento, que contenía más pus que el día anterior, pero de consistencia clara, no era cremoso; acto seguido inyecté 6 c. c. de solución acuosa de clorhidrato de optoquina al 5 por 100. La niña había perdido cosa de 1 $\frac{1}{2}$ kilos en las cinco semanas que llevaba de enfermedad, pero calculé la dosis de optoquina con relación al peso anterior. Dicho día se me olvidaron los portaobjetos en casa, y como no tenía más tiempo disponible tampoco hice frotis.

La enfermita tomaba bien su leche de vaca, por lo cual yo tenía confianza en que resistiría tiempo. Su estado general estaba bastante decaído, por lo cual ya hacía unos días que la inyectaba cada veinticuatro horas 1 c. c. de Camphydryl Robin, lo cual seguí haciendo hasta el final del tratamiento. La temperatura, que estos días últimos oscilaba entre 38º y 39º,5, bajó ligeramente después de esta primera toracentesis, para ir remontando de nuevo tres días después.

Cinco días más tarde, el 10 de Junio, practiqué la segunda toracentesis, con extracción de unos 150 centímetros cúbicos de pus e inyección consecutiva de 6 c. c. de la solución de optoquina.

Dificultades económicas de la familia retrasaron mi deseo de practicar una radiografía, lo cual se hizo al día siguiente de la tercera toracentesis.

El día de la segunda toracentesis hice tres frotis, que teñí por el método de Gram y examiné yo mismo al microscopio. Entre los tres frotis hallé muy pocos neumococos, pero netamente caracterizados, consistiendo en dos parejas de diplococos Gram positivas y rodeadas de una cápsula refringente y que permanecía incolora. No había ningún otro germen. Quedó así demostrada la especificidad neumocócica de dicho empiema y quedé ya tranquilo con respec-

to a mi deber de persistir en el tratamiento comenzado.

No obstante, la fiebre de la niña no descendía, y tres días más tarde, 13 de Junio, practico la tercera toracentesis con extracción de unos 100 c. c. de pus más espeso, cremoso e inyección consecutiva acostumbra de los 6 c. c. de solución de optoquina.

La radiografía efectuada al día siguiente vino acompañada del siguiente dictamen de los radiólogos Dres. Figueras y Faixat:

«Ocupación total del hemitórax izquierdo por una colección líquida, con notable abombamiento de la pared torácica y desviación del mediastino hacia la derecha. Hay, por lo tanto, hipertensión. Parece también que, además del líquido que ocupa la cavidad pleural, haya asimismo gases.» ¿Sería un empiema de anaerobios?

Esta última pregunta yo me la contesté pensando en que aún no hacía veinticuatro horas que había practicado un vaciamiento del empiema, en lo cual creí poderme explicar la ligerísima disminución de la opacidad intensa que en su centro se apreciaba en la radiografía.

Por la tarde del día de la radiografía la fiebre llegó a 40°.

Dos días después, 16 de Junio, nueva toracentesis, con extracción de unos 75 c. c. de pus cremoso e inyección intrapleural de optoquina.

La fiebre comienza a remitir, por las mañanas está apirética y por las tardes llega primero a 38°,5, y luego a menos. El estado general de la criatura, que dos o tres días antes era francamente malo, mejora de un modo visible. El día que llegó a 40° y visto el mal cariz que presentaba la enfermedad, les hablé de practicar una pleurotomía, a lo cual yo estaba decidido, pero la familia se opuso terminantemente, y dijo que no quería someter de ningún modo a la niña a una intervención quirúrgica.

Así fué que seguí con pocas esperanzas el tratamiento por la optoquina; no obstante, la mejoría, como ya he dicho, no se hizo esperar.

Cuatro días después de la toracentesis anterior practiqué la quinta y última, que apenas si dió salida a 10 o 15 c. c. de pus. La nena estaba ya sin fiebre y su estado general ganaba rápidamente.

Tres días más tarde suprimí las inyecciones diarias de Camphydril, y como se comenzaba a oír el murmullo vesicular y no había fiebre no practiqué ninguna otra toracentesis.

Acabó el mes de Junio en plena convalecencia.

Les recomendé que hicieran una nueva radiografía, a fin de asegurar la completa «restitutio ad integrum», pero no cumplimentaron mi encargo hasta el día 6 de Agosto. Como yo estuve veraneando hasta fin de dicho mes, no me enteré de ello hasta Septiembre, y entonces examiné primero a la nena, que estaba completamente bien, pesando 12 kilos (tenía diecisiete meses), y auscultándola aprecié que el aire inspirado entraba con perfecta facilidad, pues el murmullo vesicular era de una intensidad sensible-

mente igual en ambos lados. Pero he aquí que tengo una nueva sorpresa al examinar la segunda radiografía, hecha un mes antes, en la que se apreciaba un neumotórax total, claramente dibuja 'o en sus límites con el pulmón. No obstante, la exploración clínica demuestra que ya se ha reabsorbido y dado el estado general de la criatura no le doy sino una importancia retrospectiva.

Dicho neumotórax me hace pensar que ha tenido origen en el acto de las toracentesis: de ahí seguramente la pregunta de los Dres. Figueras y Faixat, sobre si se trataba de un empiema de anaerobios. Indudablemente es en el momento de quitar la jeringa aspiradora y colocar la pequeña que contiene la optoquina cuando entra el aire.

Como hemos visto, la producción de este neumotórax no ha perjudicado el proceso curativo, por lo cual tal vez no merece que le demos demasiada importancia.

Entre las siete radiografías que publica Pierre Woringer, de sus casos de empiema de neumococos tratados por la optoquina, se puede observar en las dos primeras la producción de un neumotórax por encima del nivel del pus (correspondientes a la observación 25). En dicho caso se trata de una nena de cuatro y medio años, con empiema de neumococos a la derecha y con grave estado general, que curó rápidamente con cinco inyecciones de optoquina. En la descripción clínica de dicho caso Woringer no menciona la producción del neumotórax, que, sin embargo, se apreciaba claramente en las radiografías correspondientes. Por eso pudiera ser muy fácil que en bastantes de sus 35 casos restantes hubiera habido producción de neumotórax, ya que no ha sacado de la mayoría de ellos ninguna radiografía.

El Dr. Woringer, como yo mismo, hemos hecho el cambio de jeringa para inyectar la optoquina, siendo probablemente entonces cuando tiene lugar la producción del neumotórax. Para evitar este inconveniente, aunque por lo visto carece de importancia, deseo de todos modos utilizar, en los casos sucesivos que pudieran presentarse, la gruesa aguja de la punción pleural provista de una pequeña llave junto a su enchufe: cuando menos, así se evitaría que entrara aire y con él microbios de infección secundaria, que caso de producirse anularía por completo los beneficios de la optoquina, como ya hemos dicho.

* *

Observación segunda.—José Gómez, de tres años de edad, que goza habitualmente de buena salud. El día 8 de Junio pasado cae repentinamente enfermo con fiebre elevada, sin que presente ninguna localización. La exploración del tórax, como de las demás regiones, dió un resultado completamente negativo, percibiéndose el murmullo vesicular normal en toda su extensión, así como el sonido a la percusión y la expansión respiratoria. No obstante, dos días después se observa un cambio en el estado general del niño, subiendo la temperatura a los alrededores de 40°, una

THYRANON

GLANDULA FRESCA DESECADA DE
TIROIDES Y DE ACCION CONSTANTE

MUESTRAS Y
LITERATURA
E.F.E.Y.N
APARTADO
9.009

ABSOLUTAMENTE DES-
PROVISTA DE EFECTOS
TOXICOS
EN CAJAS DE 100 TABLETAS
CORRESPONDIENDO CADA UNA
A 0.25 GRAMOS DE GLANDULA SECA

INDICACIONES:
OBESIDAD
HIPOTIROIDISMO
ESTADOS
LINFATICOS
DE
LOS
NIÑOS



INDICACIONES:
ANEMIAS DE
TODAS CLASES
Y SOBRE TODO
LAS FORMAS
PROGRESIVAS
GASTRITIS HI-
POPEPTICAS,
HIDROCLORHI-
DRICAS, LINITIS
PLASTICA DIA-
RREAS GASTRO-
GENAS.

ESTOMAGO DE
CERDO DESECA-
DO, EN POLVO
Y EN TABLETAS

MUESTRAS Y
LITERATURA
E.F.E.Y.N
APARTADO
9.009

VENTRAEMON

Bálsamo de Atophan Schering

Para la aplicación exterior del Atophan en forma de fricciones

Valioso coadyuvante del tratamiento interno de afecciones reumáticas y gotosas por el Atophan. Tortícolis, lumbago, artropatías, etc.



82119420

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

Forunculosis, Septicemias, Antrax, Escarlatina, Gripe.

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRESIDOS de FERMENTOS LACTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Maltol, Maltina.

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

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

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,
En-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).

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

excitación nerviosa muy acentuada, con gritos, insomnio y estremecimientos, y se percibe claramente un soplo tubario en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Mi diagnóstico es de una gripe complicada de neumonía.

Al séptimo día espero la defervescencia, que no tiene lugar. El niño sigue alrededor de los 39°. Como siguiera por el estilo a los nueve días de la neumonía, y teniendo entonces en tratamiento por la optoquina a la niña de la observación anterior, le practico una punción pleural en la parte más declive de la matidez y la jeringa se llena de pus. Dispongo lo necesario para el tratamiento por la optoquina, y al día siguiente, 19 de Junio, extraigo unos 50 c. c. de pus, con el cual extendiendo unos frotis, los cuales resultan contener neumococos. La extracción de pus va seguida de la inyección intrapleurale de 8 c. c. de solución acuosa de clorhidrato de optoquina al 5 por 100. El peso del niño, calculado «grosso modo», era de unos 16 kilogramos.

El efecto sobre la temperatura resulta evidente, pues tiene por las mañanas de 37°,3 a 38° y por las tardes 38°,5.

Tres días más tarde, el 22 de Junio, extraigo 100 c. c. de pus e inyecto 8 c. c. de solución de optoquina. El pus extraído esta vez se muestra completamente estéril examinado al microscopio.

Por tercera vez, el día 25 extraigo unos 60 c. c. de pus e inyecto 8 c. c. de solución de optoquina. Las temperaturas siguen igual a las últimas anotadas. El estado general del niño es evidentemente mejor.

Cuatro días después, 29 de Junio, extraigo 15 c. c. de pus, seguidos de la inyección acostumbrada de optoquina. El niño está sin fiebre, a 36°,5. Dicho día hago nuevos frotis, no observando ningún neumococo, pero sí un solo estreptococo.

El día 4 de Julio punciono por quinta vez, extrayendo 75 c. c. de pus, inyectando acto seguido la optoquina.

En el lugar donde practico las toracentesis se comienza a notar un abultamiento propio del empiema «necessitatis», que se acentúa en los días siguientes. El pus cada vez es más cremoso y espeso y pasa por la aguja con dificultad creciente, a pesar del gran calibre empleado últimamente.

El 7 de Julio, sexta punción, con extracción de unos 300 c. c. de pus e inyección intrapleurale de los 8 c. c. de solución de optoquina.

En los días que median entre estas punciones, la temperatura ha oscilado entre 36° y 38° por las mañanas y entre 37°,2 y 38°,3 por las tardes.

El día de la sexta punción fué el que proporcionó la salida más abundante de pus, la temperatura era de 39° en el momento de la extracción y descendió a 37°,6 al atardecer.

Al día siguiente, 8 de Julio, se practica una radiografía, cuyo objeto principal era despistar la posible existencia de otro foco pleurítico. El clisé demuestra claramente que sólo hay un empiema total en el lado izquierdo, con enorme desviación del corazón

hacia el otro hemitórax. Dicho día la temperatura fué de 35°,5 por la mañana y 37°,8 por la tarde. El niño está animado, y como sus funciones digestivas están bien le dejo comer sopas, patata cocida, leche, plátanos y galletas.

Al día siguiente, 9 de Julio, nueva extracción de 75 c. c. de pus, seguidos de introducción de optoquina. La bolsa del empiema «necessitatis» aumenta. A pesar de estar por la mañana a 36°, por la tarde de dicho día llega a 38°,6.

En los días siguientes, aunque está apirético por las mañanas, por la tarde la fiebre va de nuevo aumentando hasta que llega o pasa ligeramente de los 39°.

El día 12 de Julio le practico la octava toracentesis y salen solamente 25 c. c. de pus: inyecto optoquina. No obstante, por la exploración y la existencia del abultamiento «de necesidad» se comprende que hay pus retenido, que no sale por la aguja, a pesar de que tiene dos milímetros de calibre, debido a lo espeso que es y sin duda a la existencia de grumos fibrinosos, pues se nos obtura varias veces consecutivas.

Vistas estas dificultades optamos por someter dicho niño al cirujano y es intervenido por los doctores Olivé y Salarich, en el Hospital de San Pablo. Le practican una pleurotomía, dejando pocos días el drenaje de tubos, curando el niño al cabo de tres semanas de la operación.

En dicho caso el fracaso de la optoquina no existe en realidad. Por el contrario, creo que su influencia ha resultado altamente beneficiosa a nuestro enfermo. Que no curaría con la optoquina, ya casi lo pudimos presumir desde el día en que vimos un estreptococo en los frotis. De todas suertes la optoquina consiguió desde el primer momento la esterilización del pus pleural, por lo que respecta a los neumococos, y a ello se ha debido sin duda el relativo buen estado general que ha tenido casi siempre este nene, aparte la desnutrición que alcanzó varios kilos, dado lo largo de la pirexia. Supongo que el estreptococo ha sido un germen de infección secundaria. La intervención quirúrgica ha sido un éxito, en cuya obtención han coadyuvado indudablemente las circunstancias apuntadas.

A primeros de Septiembre, después de regresar del veraneo, vi a este niño, que estaba completamente bien, sus funciones respiratorias eran por completo normales y había recuperado su peso habitual.

Información científica extranjera

Los estudios de Johnson, Swan y Weigand sobre actitudes del individuo en la hipnosituación en el Mellon Institute-Universidad de Pittsburgh,

Adaptado al castellano

POR

F. JAVIER CORTEZO

Del *Journal A. M. A.*

Numerosos autores médicos han discutido los efectos que se supone ejercen en el funcionamiento de los órganos corpo-

rales las actitudes adoptadas y conservadas por algún tiempo durante el sueño. Muchos de ellos convienen en que los efectos son típicos y de importancia. Insinúan que algunas posiciones tienden a producir deformidades, mientras que otras actúan corrigiéndolas. Se dice que algunas posiciones impiden el funcionamiento de determinados órganos, como el corazón o el estómago, y de los mecanismos puestos en juego al respirar, mientras que otras posiciones hacen más fácil estas funciones. No están todos conformes al asignar un efecto definido a cualquier posición particular. Los extremos de mayor desacuerdo son interesantes.

Mientras algunos aconsejan dormir sobre la espalda, otros tantos, y desde igual punto de vista profesional, aconsejan lo contrario. Quiénes recomiendan que se duerma sobre el abdomen; otros protestan diciendo que se debe dormir en cualquier posición mejor que en ésta. La mayoría de ellos aconsejan no se duerma apoyado sobre el lado izquierdo, por una o más de las razones siguientes:

a) Se impide el libre funcionamiento del corazón; b) se obliga al estómago a mover su contenido en sentido contrario a la gravedad (dado que la abertura pilórica está entonces hacia arriba), cerrando así el camino adelante del contenido gástrico; c) se tiende a producir la congestión en la mitad izquierda del cerebro (que ellos tienen por la mitad más importante) y cuyo drenaje de sangre suponen necesario para dormir.

Otros autores médicos discuten cada una de estas razones sobre bases que parecen ser sólidas y nos aconsejan dormir sobre el lado que mejor nos parezca. La mayoría de los que discuten la materia desde todos los puntos de vista, aconsejan dormir con la columna vertebral recta y las piernas extendidas, tanto si el peso lo soporta un lado como otro, el abdomen o la espalda. Los boletines médicos publicados por el ejército norteamericano excitan a los soldados a «yacer en llano, sentarse tiesos y estar en pie erguidos». Durante el sueño no deben «enroscarse ni acurrucarse». Deben «recordar siempre que el mejor método de usar el cuerpo para todos los fines es como si estuviera estirado, lo más erguido posible». Otros autores médicos recomiendan una actitud un poco agachada, con una o ambas piernas parcialmente encogidas.

Estas son muestras de las opiniones que han recogido Johnson y sus compañeros, en un examen de los libros y artículos publicados sobre este asunto durante ciento cincuenta años, en cuanto pueden averiguarse por medio de los índices de las librerías y por otros medios bibliográficos. Tan gran seguridad de opinión, junto con tal diversidad, hace pensar que algunos, si no todos los autores, procedieron sin la bastante observación de los hechos para justificar un criterio o bien que desecharon las reglas de la lógica ordinaria al formar su opinión.

¿Qué clase de evidencia se necesita? Supóngase que una persona tiene un determinado desplazamiento del estómago, por ejemplo; el médico pregunta si fué producido por la costumbre de tenderse sobre el lado izquierdo. Primero debería averiguarse si el enfermo tiene o no este hábito. ¿Cómo cerciorarse? Puede parecer adecuado preguntar al enfermo, y dar su contestación como exacta. El único inconveniente de este método es que el mismo paciente no lo sabe. Puede demostrarse fácilmente, por medio de la fotografía, así como por otros procedimientos automáticos de registro, qué posiciones adopta realmente y por cuánto tiempo conserva cada una de ellas, y esta prueba, que nadie discutirá, cuando se compara con su relato personal de cómo pasó la noche, demostrará que no tiene la menor idea, ni la más mínima sospecha de la mayoría de las cosas que se le enseñan en las

fotografías. Pero esto no es bastante. Es necesario investigar cuántas otras personas que tengan análoga anomalía siguen las mismas costumbres al dormir y cuántas no la siguen. Desde luego no puede estudiarse una población entera por este método, pero debe obtenerse información de mucha gente, antes que puedan justificarse puntos de vista efectivos, pues si el trastorno no se presenta mucho más frecuentemente entre las personas que prefieren descansar sobre el lado izquierdo que entre las que no lo hacen, no puede establecerse una simple relación de causa a efecto entre el desplazamiento y el hábito. La pregunta que se impone primero es: ¿Cómo se puede obtener la información?

Desde luego son necesarios los métodos objetivos. Hasta hace pocos años, el único medio posible habría sido colocar junto a la cama en una habitación iluminada un observador a quien se hubiera encomendado tomar nota de cada postura adoptada por el durmiente y del tiempo que la conservaba. Los médicos y sus asistentes han podido observar gran cantidad de personas enfermas, pero han fijado otros puntos de vista mucho más urgentes que éste y sus observaciones fueron necesariamente casuales o fortuitas. Tan pronto como mejoraba el estado del enfermo, incluso estas observaciones se interrumpían. Además, ningún médico o enfermo ocupado dispondría, ordinariamente, de tiempo para estudiar de este modo a los individuos sanos durante toda la noche por un período de varias semanas. Nada mejor que tal observación supondría una descripción verdaderamente representativa de los hábitos de adoptar actitudes un solo durmiente. No obstante, las opiniones así formadas no pueden haberse basado para justificarlas en suficientes observaciones reales.

El método de observación visual directa es lento y también costoso, ya que requiere un observador acostumbrado y fidedigno para cada durmiente. Se puede recurrir al empleo de una cámara cinematográfica. Este método tiene también sus desventajas, pero ha sido adoptado como único medio práctico para decidir la certeza de una suposición dudosa que parece fundamentar toda opinión médica referente a la cuestión de las actitudes. Esta suposición es que la sola recomendación de alguna actitud particular para dormir, sin prescribir al mismo tiempo limitación artificial, hará que el paciente adopte la actitud recomendada, y que la conserve la mayor parte de la noche. En otras palabras: se supone que una persona libre de impedimento descansará o se apoyará durante largo tiempo en una posición. Sin embargo, existen pruebas que contradicen esta suposición.

Durante estos últimos cuatro años, miembros de la Simmons Investigation han estudiado la movilidad de los durmientes, uniendo a una parte de la cama una pluma que reproduce el movimiento del durmiente, de modo tal que es preciso un movimiento a lo menos de la importancia del desplazamiento de una de las extremidades para mover la pluma la menor distancia considerable. Esta pluma se apoya en una cinta móvil de papel, trazando, por tanto, una línea, cada diente o resalte de la cual representa un cambio importante de actitud o posición. Una segunda pluma, que funciona una vez cada cinco minutos, por medio de un reloj eléctrico, marca las señales de tiempo que dura cada actitud en la cinta. En gracia a su complejidad no se tomaron en consideración las actitudes que se conservaron durante menos de dos minutos y medio.

Este método fué usado por Johnson y sus compañeros en el estudio de 112 personas que estuvieron en observación nocturna, durante períodos variando entre algunas semanas y dos años. De los individuos sanos, 22 eran colegiales residentes en un dormitorio experimental del Insti-

tuto Mellon; 20 eran individuos casados, de mediana edad, y dos eran niños. Además de este grupo obtuvieron relaciones análogas de 50 mujeres tuberculosas, en tratamiento en el sanatorio del Lago Springfield, en East Akron, Ohio, y de 20 enfermos en tratamiento en el Hospital de San Francisco de Pittsburg para enfermedades nerviosas o mentales o por inclinación a los estupefacientes. También se registraron los resultados de un estudio análogo, hecho por el mismo procedimiento, referente a 20 niños, cuyas edades oscilaron entre los dos y medio años y los cinco años, bajo el cuidado de Mr. C. R. Garvey, y otro relativo a los atletas escolares, realizado en la Universidad de Illinois por el profesor Coleman R. Griffith. Lo que vamos a decir de los resultados está basado en un estudio intensivo y cuidadosamente controlado de 150 individuos y en más de un millón de veces, durante las cuales se conservaron las actitudes sin cambios importantes.

En resumen, los resultados son como sigue: el más típico de nuestros durmientes sanos cambia de una posición corporal corriente a otra entre veinte y veinticinco veces en el curso de una noche tipo de ocho horas, estando separado cada uno de estos movimientos o conmociones de su inmediato por un tiempo de dos minutos y medio como mínimo. La mitad de todas las actitudes que adopta en una noche se conservan durante menos de cinco minutos; alrededor de una quinta parte, de cinco a diez minutos; una décima parte aproximadamente, de diez a quince minutos, y así sucesivamente. Menos de una vez por noche descansa tranquilo, durante una hora cada vez. Desde luego hay grandes variaciones entre individuos distintos, y el mismo individuo varía también considerablemente de una noche a otra. No discutiremos estas variaciones, sólo repetiremos que el cuadro trazado representa a todos los durmientes lo mejor posible.

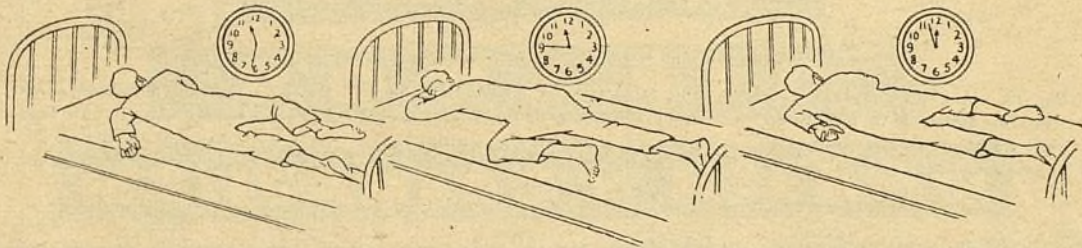


Fig. 1.ª— Actitud adoptada a las 11,31, un minuto después de acostarse el observado y conservada hasta las 11,45; en total, 14 minutos.

Fig. 2.ª— Actitud adoptada a las 11,45 p. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 1.ª Conservada hasta las 11,56; en total, 11 minutos.

Fig. 3.ª— Actitud adoptada a las 11,56 p. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 2.ª Conservada hasta las 12,03; en total, 7 minutos.

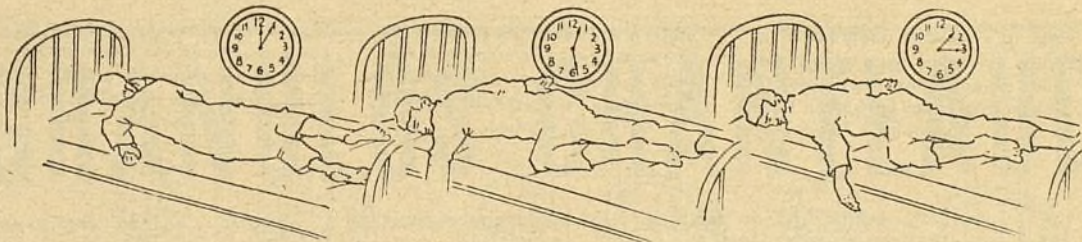


Fig. 4.ª— Actitud adoptada a las 12,04 a. m., más de un minuto después de abandonar la actitud 3.ª Conservada hasta las 12,27; en total, 23 minutos.

Fig. 5.ª— Actitud adoptada a las 12,27 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 4.ª Conservada hasta la 1,14; en total, 47 minutos.

Fig. 6.ª— Actitud adoptada a la 1,14 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 5.ª Conservada hasta la 1,22; en total, 8 minutos.

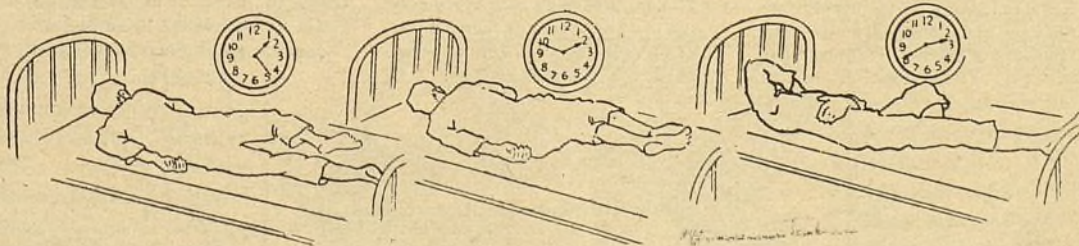


Fig. 7.ª— Actitud adoptada a la 1,22 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 6.ª Conservada hasta la 1,48; en total, 26 minutos.

Fig. 8.ª— Actitud adoptada a la 1,48 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 7.ª Conservada hasta las 2,39; en total, 51 minutos.

Fig. 9.ª— Actitud adoptada a las 2,39 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 8.ª Conservada hasta las 3,10; en total, 31 minutos.

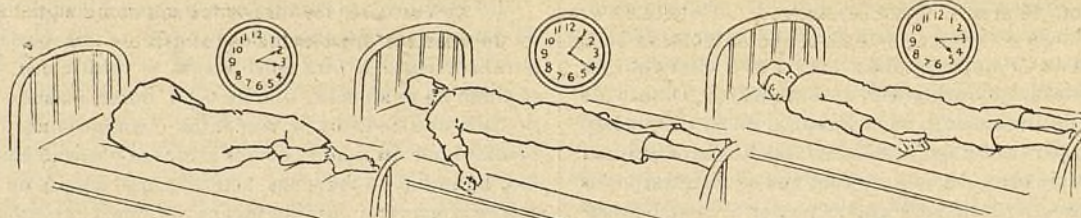


Fig. 10. — Actitud adoptada a las 3,10 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 9.^a. Conservada hasta las 4,06; en total, 56 minutos.

Fig. 11. — Actitud adoptada a las 4,06 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 10. Conservada hasta las 4,14; en total, 8 minutos.

Fig. 12. — Actitud adoptada a las 4,14 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 11. Conservada hasta las 4,18; en total, 4 minutos.

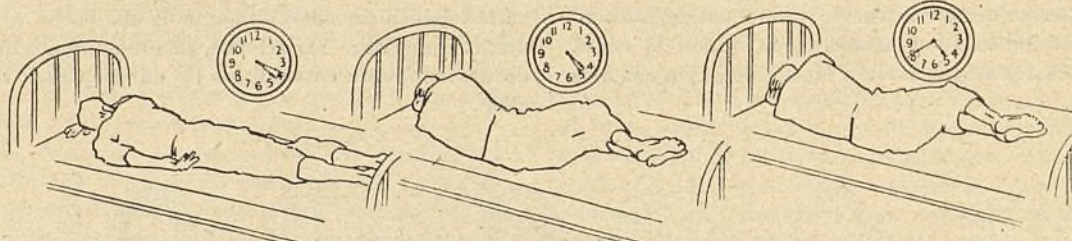


Fig. 13. — Actitud adoptada a las 4,18 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 12. Conservada hasta las 4,24; en total, 6 minutos.

Fig. 14. — Actitud adoptada a las 4,24 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 13. Conservada hasta las 4,40; en total, 16 minutos.

Fig. 15. — Actitud adoptada a las 4,40 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 14. Conservada hasta las 5,01; en total, 21 minutos.

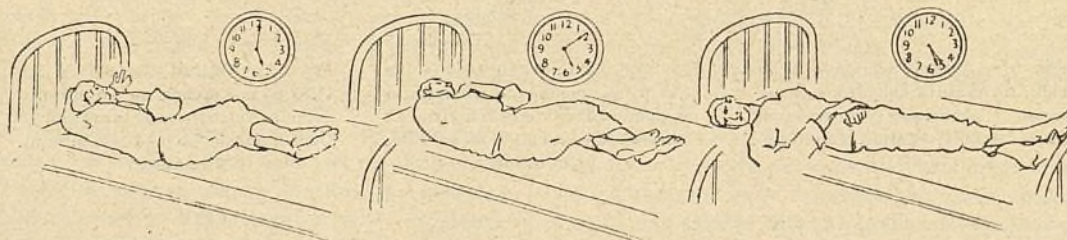


Fig. 16. — Actitud adoptada a las 5,01 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 15. Conservada hasta las 5,09; en total, 8 minutos.

Fig. 17. — Actitud adoptada a las 5,09 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 16. Conservada hasta las 5,24; en total, 15 minutos.

Fig. 18. — Actitud adoptada a las 5,24 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 17. Conservada hasta las 5,43; en total, 19 minutos.

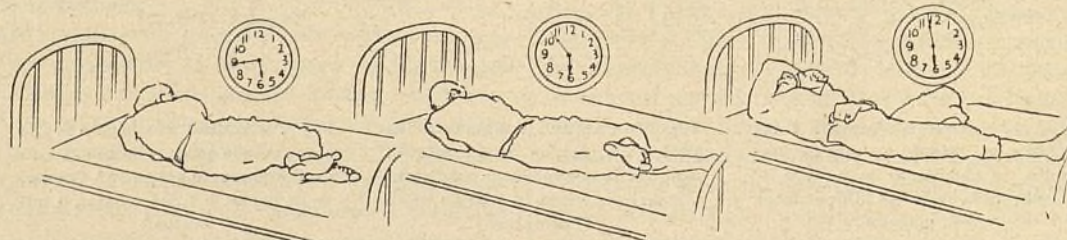


Fig. 19. — Actitud adoptada a las 5,43 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 18. Conservada hasta las 5,51; en total, 8 minutos.

Fig. 20. — Actitud adoptada a las 5,51 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 19. Conservada hasta las 5,57; en total, 6 minutos.

Fig. 21. — Actitud adoptada a las 5,57 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 20. Conservada hasta las 6,01; en total, 4 minutos.

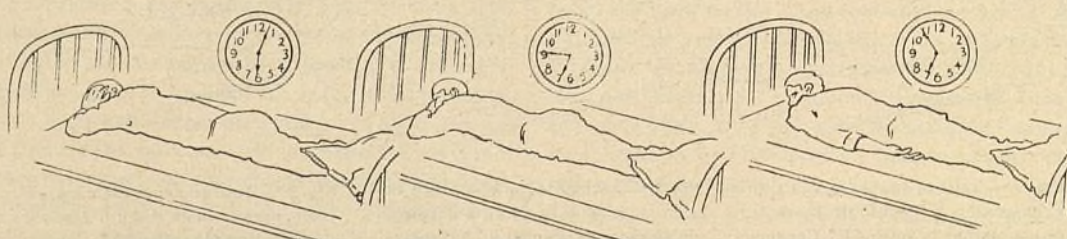


Fig. 22. — Actitud adoptada a las 6,01 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 21. Conservada hasta las 6,44; en total, 43 minutos.

Fig. 23. — Actitud adoptada a las 6,44 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 22. Conservada hasta las 6,54; en total, 10 minutos.

Fig. 24. — Actitud adoptada a las 6,54 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 23. Conservada hasta las 6,59; en total, 5 minutos.

Jarabe de

Probado clínicamente en

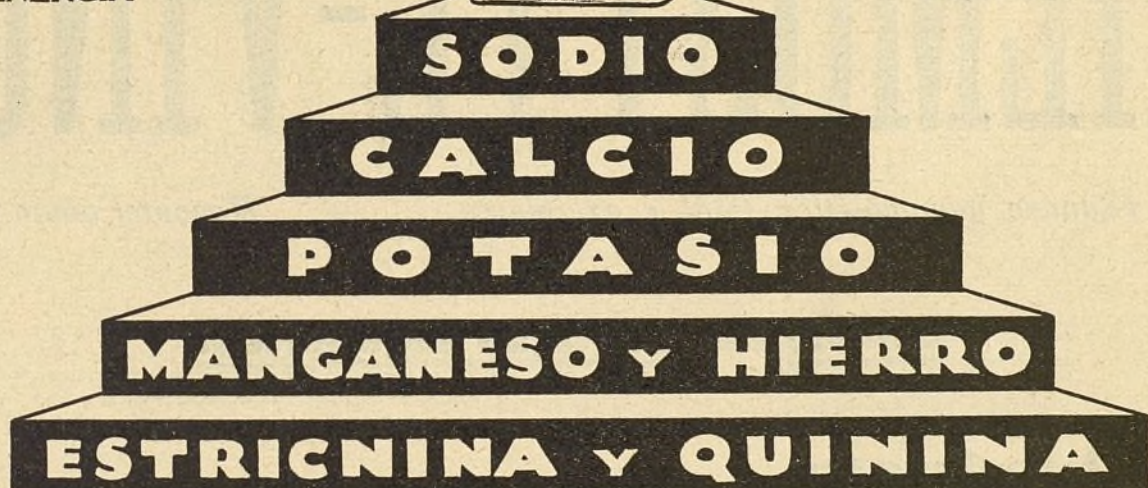
REMINERALIZACIÓN
VITALIDAD
ENERGÍA



FELLOWS

todas partes del mundo

DESMINERALIZACIÓN
CONVALECENCIA
NEURASTENIA



FELLOWS MEDICAL MANUFACTURING COMPANY, Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa ½ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... miligr. - centigr.
Atropina..... ¼ miligr.
Atropina (sulfato)..... ½ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de alcanfor..... centigr.
Brucina..... ½ miligr.
Cafeína..... miligr. - centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro).... centigr.
Calomelanos. miligr. - centigr.
Cicutina (brohdo).. ¼ miligr.
Codeína.... miligr. - centigr.
Digitalina amorfa.. miligr.
Emetina..... miligr.
Esparteína (sulfato). centigr.

Estricnina (arseniato de).. ½ miligr.
Estricnina (hipofosfito de). ½ miligr.
Estricnina (sulfato de)... ½ miligr.
Estrofantina..... 1/10 mlg.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de).... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargirico (bioduro).... miligr.



Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... ¼ miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... ½ miligr.
Picrotoxina..... ½ miligr.
Pilocarpina (nitrato de)... miligr.
Podofilino..... centigr.
Cuasina..... miligr.
Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cianato de). miligr. - centig.
Quinina (bmhto. de) Sulfato.
Quinina (valeto. de). 2 centig.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de). miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.

El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.

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

Ayuntamiento de Madrid

Una nueva presentación del **Hemostyl:**

HEMOSTYL-VINO

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

Ofrece las ventajas siguientes:

Producto
muy ligero,
muy digerible
y excelente para los

Anémicos
anoréxicos
o asténicos.

Muy agradable durante las épocas de calor.

Dos vasos de los de licor al día.

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

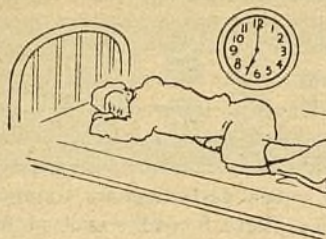


Fig. 25. — Actitud adoptada a las 6,59 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 24. Conservada hasta las 7,01; en total, 2 minutos.

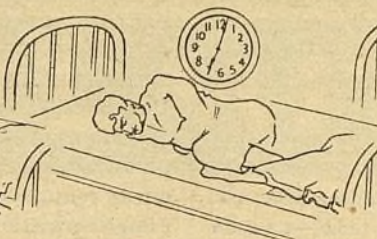


Fig. 26. — Actitud adoptada a las 7,01 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 25. Conservada hasta las 7,23; en total, 22 minutos.

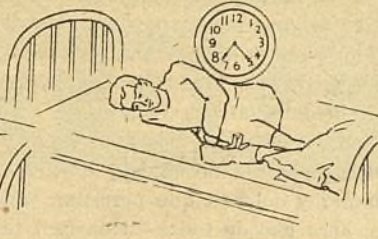


Fig. 27. — Actitud adoptada a las 7,23 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 26. Conservada hasta las 7,26; en total, 3 minutos.

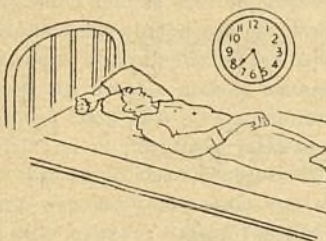


Fig. 28. — Actitud adoptada a las 7,26 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 27. Conservada hasta las 7,31; en total, 5 minutos.

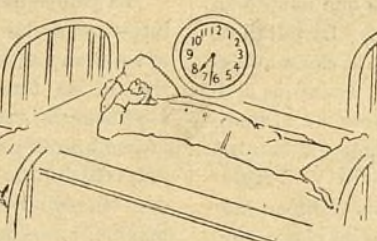


Fig. 29. — Actitud adoptada a las 7,31 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 28. Conservada hasta las 7,35; en total, 4 minutos.

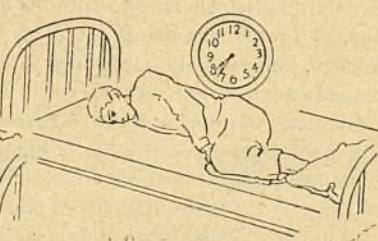


Fig. 30. — Actitud adoptada a las 7,36 a. m., menos de 2 minutos después de abandonar la actitud 29. Conservada hasta las 7,43; en total, 7 minutos.

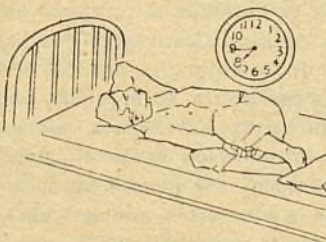


Fig. 31. — Actitud adoptada a las 7,44 a. m., menos de 2 minutos después de abandonar la actitud 30. Conservada hasta las 7,45; o sea durante un minuto.

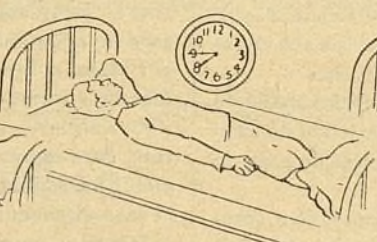


Fig. 32. — Actitud adoptada a las 7,45 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 31. Conservada hasta las 7,47; en total, 2 minutos.

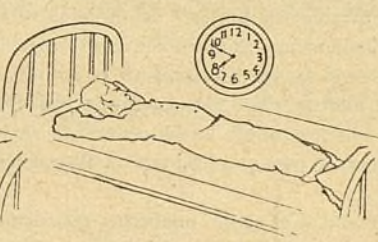


Fig. 33. — Actitud adoptada a las 7,47 a. m., menos de un minuto después de abandonar la actitud 32. Conservada hasta las 7,55; en total, 8 minutos.

Estas observaciones trastornan completamente la noción de que el descanso saludable se consigue con pocas actitudes o posiciones, cada una de las cuales se conserva durante largo tiempo. En realidad fué sólo por medio de medicación enérgica con narcóticos como algunos de estos sujetos hospitalizados dieron la impresión de dormir como un «leño». Los durmientes sanos no la dieron jamás.

La segunda pregunta es: ¿Cuáles son las actitudes particulares más favorables? La contestación se obtiene por fotografía. Se dispone una cámara cinematográfica de tal modo que, automáticamente, tome una fotografía del durmiente cuando entra en la cama; una segunda un minuto después de haber cesado de moverse; una tercera cuando se mueva otra vez, y así sucesivamente.

Por medio de este ingenioso aparato inventado por el profesor Starke R. Hathway de la Universidad de Ohio se obtiene tanta información, en 210 a 240 milímetros de película, como podríamos procurarnos en casi 9.000 metros si la cámara funcionara sin interrupción. Con el durmiente queda fotografiada la esfera de un reloj colgado junto a la cama. Así puede decirse, con aproximación de un segundo, durante cuánto tiempo conservó el durmiente cada una de

las actitudes que adoptó por más de un minuto. Las demás no tienen interés para este trabajo.

Una lámpara Mazda de 100 vatios, colgada directamente sobre la cama, suministra iluminación bastante. Habría sido preferible, por muchas razones, emplear radiaciones invisibles, pero la exposición continua a los rayos ultravioleta no es oportuna ni era factible una instalación de una fuente de destellos o resplandores ultravioleta.

Se hizo que, observados, se colocaran en los ojos una venda de tafetán oscuro, pero después de tres o cuatro noches se acostumbraron a la luz y se abandonó esta precaución. Los documentos fotográficos no acusan mayor movilidad que el indicador de movimiento en una habitación oscura. Como el individuo debía prescindir de las mantas se empleó ventilación artificial y se reguló la temperatura del dormitorio a 20° C. aproximadamente y con poca oscilación.

Este artículo se propone solamente familiarizar al lector con el problema y con su aspecto médico y darle una indicación del rumbo o tendencia de la gran cantidad de resultados que se acumulan gradualmente. El mejor modo, no obstante, parece ser el presentar una serie de dibujos indi-

cadadores de las varias actitudes adoptadas por un durmiente representativo en una noche tipo en el orden en que se adoptaron junto con el tiempo que se conservó cada una de ellas. Los esquemas de este trabajo se sacaron de ampliaciones de las fotografías originales.

El durmiente registrado, como otros muchos, tiene un repertorio de más de una docena de actitudes generales. Si emplea *sommier* y colchón que permitan conservarlas cómodamente, hace uso de todas—o da casi todas—en cada noche, pasando de una a otra en orden casi regular. Todas las que se conservan durante períodos relativamente largos son retorcidas; en particular la columna vertebral está siempre curvada lateralmente y usualmente arqueada hacia atrás y retorcida. Algunas de estas actitudes no pueden conservarse en una cama tan estrecha como la retratada, cuya anchura era de un metro. De las 33 actitudes que adoptó en aquella noche, 25 fueron simétricas de otras. La mitad de ellas, desde luego, habrían sido imposibles si la cama hubiera estado ocupada además por otra persona. Todas las actitudes más favoritas requieren algún esfuerzo de sostenimiento, que a menudo se ejerce contra la unión del hombro y la de una de las caderas usando el húmero y el fémur como apoyos (figs. 1, 7, 13, 25). Incluso en una posición dorsal (figs. 9, 18, 21) el durmiente no descansa en plano, sino que coloca una pierna para impedir la rotación y para echar más de su peso hacia el otro lado. La actitud que requiere el menor esfuerzo para sostenerla es una posición inclinada (figs. 11, 13, 22, 24). En el caso registrado aquí, el durmiente la adoptó en seis distintas ocasiones durante un tiempo total de una hora y cuarto, de las ocho y tercio que estuvo en la cama. El *sommier* era del tipo de muelles verticales; el colchón, de construcción con muelles interiores. Esta actitud se evita también si se usa un *sommier* «tipo hamaca».

Si el durmiente tiene una combinación desfavorable de *sommier* y colchón, el efecto es reducir la variedad de actitudes adoptadas, pero no reducir la frecuencia de paso de una a otra.

Parece como si el sueño nocturno más tranquilo y sosegado, estuviera caracterizado por el empleo de una variedad considerable de actitudes corporales, todas las cuales están contorsionadas; ninguna de las que indica nada como «relajación completa» de todas las partes del sistema muscular, del esqueleto tal como puede observarse en una persona desmayada; pero cada una de ellas parece adaptarse bien al alivio de la fatiga desarrollada en la actitud últimamente adoptada, igual que en las actividades diurnas. Para lograr que una persona sana pasara la noche en cualquiera de las actitudes que los médicos recomiendan, se necesitaría atarla a un armazón o ponerla en un molde y luego apuntalarlo.

SESIONES CLÍNICAS

HOSPITAL DE LA PRINCESA

29 NOVIEMBRE DE 1930

Dr. Blanc Fortacin.—En el día de ayer hemos operado dos hernias inguinales y una crural. La operación de la hernia consta de cuatro tiempos principales: 1.º Aislamiento del saco. 2.º Tratamiento del contenido herniario. 3.º Tratamiento del muñón del saco. 4.º Plástica del anillo. Apenas hay obra didáctica que especifique bien que esos cuatro tiempos tienen una autonomía bien definida.

Prescindiremos de las dificultades del primer tiempo.

En cambio, en el segundo, si las más de las hernias no ofrecen problemas arduos, en otras, sin embargo, los conflictos no son pequeños.

Ejemplo: las dos últimas hernias de la sesión de ayer. Una de ellas era inguinal. Desechado y aislado el saco lo abrimos según debe hacerse siempre. Dentro de él apareció un intestino adherido. Si la adherencia es pequeña, de dos o tres centímetros, puede perfectamente tratarse, desde el campo herniario descubierto. Son adherencias inflamatorias, casi siempre asequibles a una desecación cuidadosa. Pero en nuestro caso la adherencia era extensa. El intestino se presentaba como formando cuerpo con el saco, no sólo en su porción tubular, sino en su porción mesentérica. Era, en una palabra, una hernia por deslizamiento de grueso intestino.

La patogenia de estas hernias es bien conocida. El meso intestinal de las porciones ascendente y descendente es corto relativamente; y es así porque durante el proceso evolutivo de las formaciones peritoneales se ha realizado una coalescencia, una adherencia de una gran porción de esos mesos a peritoneo parietal posterior. Si en virtud de una perturbación de la morfogénesis peritoneal esos mesos quedan sin adherir, y por tanto las porciones normalmente fijas del intestino grueso quedan móviles, ellas podrán ingresar en un saco herniario y realizar allí la adherencia ontogénica que normalmente se realizó en el interior del abdomen. No son hernias por *deslizamiento subperitoneal* de esos sectores intestinales, como erróneamente se ha dicho; lo son por fijación o adhesión mesoparietal en una región muy inferior o en un saco congénitamente iniciado; y así las cosas, al completarse la hernia o al formarse llevará en su saco la adherencia congénita (carnosa de Scarpa) creada, y por tanto, la fusión de intestino con saco será íntima. Si hubiéramos tratado de deshacerla en el mismo campo operatorio herniario, seguramente hubiéramos lesionado el intestino. Para lograr la introducción de éste sin riesgo de efracción o rasgadura no caben más que dos caminos: o recortar el saco alrededor de la adherencia, reintegrando al abdomen el intestino parcialmente recubierto por ese *parche* de saco o bien buscar un plano de deslizamiento.

Lardemón y Ockurki, hace años ya, en un trabajo aparecido en la *Revue de Chirurgie* de 1909, estudiaron la anatomía de esas hernias llamadas por deslizamiento y dedujeron que en ellas existía un buen espacio de despegamiento que se encontraba seguramente guiándose por la inserción del meso en el saco. Desbridamiento alto de la pared anterior de la región inguinal, llegando si es preciso hasta cavidad peritoneal. Téngase tenso y elevado el intestino hasta darse cuenta del punto en que el peritoneo intestinal parece reflejarse sobre el saco. Incindiendo en este punto, en la porción externa de la circunferencia intestinal encontraremos un tejido celular que se deja despegar con una compresa montada en pinza; es una maniobra semejante a la que se practica en el primer tiempo de una colectomía. El intestino se separa así fácilmente del saco con los vasos cólicos. Lo que estamos haciendo es deshacer la adherencia mesoparietal que constituía la anomalía. El intestino, de sesil que era, se hace movable, pero conservando toda su vascularización. La hoja anterior de la brecha que vamos haciendo es el verdadero mesenterio.

En cambio, la adherencia intestinal que recaía en una hernia crural de una mujer operada en la misma sesión era una simple adherencia inflamatoria, ni más ni menos que la que puede presentarse en un intestino dentro de la cavidad abdominal. La separación entre intestino y saco no ofreció la menor dificultad; bastó una cuidadosa disección

HELMITOL

Desinfectante interno universal

Indicado en:

Procesos infecciosos del aparato
urinario y de las vías biliares;

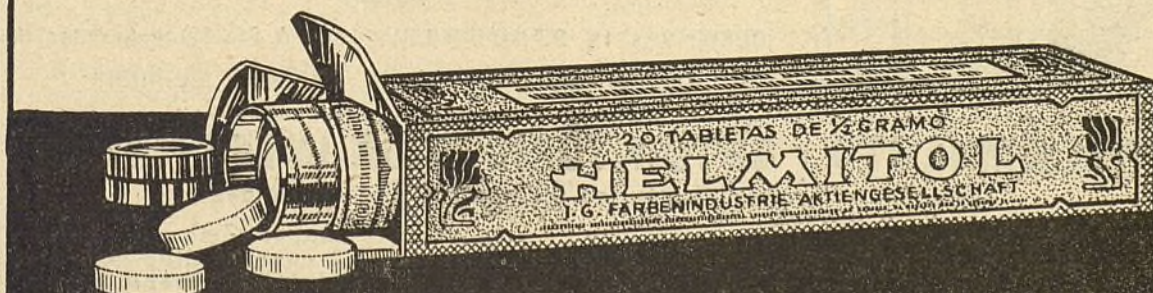
Infecciones gastro - intestinales y
generales de la más variada etiología;

Profilaxis de las infecciones tíficas
y paratíficas.



Muestras y Literatura:

La Química Comercial y Farmacéutica, S. A.
Ausias March, 14 - 18 - Apartado 280 - BARCELONA



ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

ENFERMEDADES DEL HÍGADO

y Síndromes dependientes de ellas:

LITIASIS BILIAR, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, ENTERITIS, ESTREÑIMIENTO, INTOXICACIONES,
INFECCIONES, ENFERMEDADES de los PAISES CALIDOS, etc.



La más COMPLETA y la ÚNICA medicación reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPÁTICA Y BILIAR
con los COLÁGOGOS más activos.



DOSIS: 2 á 12 PILDORAS al día, ó 2 á 12 cucharadas de
las de café de SOLUCIÓN — Mitad en los NIÑOS

ESTREÑIMIENTO y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITARIOS y ENEMA



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

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

Muestra y literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche) FRANCE
Representantes en España: GIMENEZ, SALINAS y Compañía, Sagüés, 2 y 4, BARCELONA (S. G.)

a punta de bisturí y una sutura seroserosa de la zona intestinal liberada.

La pieza patológica aquí presente es un caso de gestación tubárica abierta en abdomen. La enferma, mujer de treinta y cinco años, nullípara, ofrece una historia genital poco expresiva en relación con las lesiones halladas en el acto operatorio. Nos refirió que dos o tres meses atrás tuvo que guardar reposo por padecer dolores hipogástricos tenaces e intensos. Y que aliviada de ellos en unas tres semanas había seguido trabajando en sus quehaceres, sin gran detrimento en su salud y sin excesiva crisis de sufrimientos. Sus reglas en estos meses eran escasas y muy irregulares, acompañándose al flujo sanguíneo intermitente otro leucorreico abundante.

La exploración de esta enferma nos descubrió una matriz en retroposición con una tumoración muy dura y muy fija en anejo derecho. Esta tumoración hallábase envuelta por un proceso intraperitoneal que inmovilizaba esa tumoración y todo el aparato genital. Estimamos con todo ello que se trataba de una matriz miomatosa con anexitis derecha, y juzgamos necesaria una intervención radical. En la cual hallamos las lesiones topográficamente confirmadas; pero bien distintas en su aspecto lesional. Lo que habíamos juzgado lesión miomatosa era un feto macerado de cuatro a cinco meses de edad, contenido parte en trompa izquierda, parte en peritoneo de fondo de Douglas; lo que creímos fibroma retrouterino era la cabeza del feto; era, en una palabra, una rotura tuboabdominal en región baja.

Por esta razón no se expresó esa rotura en la forma de hemorragia cataclísmica con inundación peritoneal. Contribuyó a ello el hecho de hallarse considerablemente ptósico el intestino grueso. Y así la rotura al iniciarse fué bloqueada por el mesocolon transversal, que a manera de cápsula o cubierta apareció cubriendo un gran hematoma. Debajo de ese hematoma, convertido ya en bloque fibroso, apareció el feto, como asomando hasta la cintura, fuera de la trompa, con su cabeza detrás del útero.

La intervención fué una histerectomía total.

ACIDOSIS POSTOPERATORIA

Dr. Fuente Hita.—Comienza su comunicación el doctor Fuente Hita por exponer gráficamente la noción del pH de un medio biológico que, como es sabido, es el logaritmo del inverso de la concentración en iones H de dicho medio. El del medio sanguíneo es normalmente igual a 7,35, es decir, dentro ya de la zona alcalina.

A continuación enumera los mecanismos defensivos del organismo, reguladores del equilibrio ácidobase, evitantes del cambio brusco que en la reacción de la sangre se había de producir durante el proceso de la digestión, ejercicios violentos, diabetes, anestesia, etc., que sería incompatible con la vida. A tal fin, detalla el papel del riñón, pulmón, aparato digestivo, funciones del metabolismo y substancias amortiguadoras o *puffer*. Estudia principalmente éstas, integradas por las sales alcalinas de las proteínas, la hemoglobina, los bicarbonatos, los fosfatos y el cambio de cloruros que se produce entre el plasma y los glóbulos (equilibrio Donnan).

Cierra este preámbulo con los diferentes medios que existen para medir los cambios en el equilibrio ácidobase orgánico, tales como determinación del pH, reserva alcalina, tensión del CO₂ alveolar, amoníaco urinario, acetonuria, prueba de Sellards, etc., etc.

Pasando a las consecuencias patológicas habla de las acidosis y alcalosis gaseosas y no gaseosas, de acuerdo con la

fórmula de Henderson y Hasselbach, bien compensadas o descompensadas, ocupándose detenidamente de los trastornos que más relación guardan con el tema de su comunicación; éstos son: los que se producen en la diabetes, insuficiencia hepática, hiperventilación pulmonar, ayuno y shock.

Entra de lleno en la relación de los anestésicos con el equilibrio ácidobase, ya que en el curso postoperatorio de los enfermos sometidos a una intervención quirúrgica de importancia se han observado alteraciones de aquél que han sido atribuidas por la mayor parte de los autores al factor anestesia y por otros al ayuno, shock operatorio, etc.

Estudia principalmente los trabajos de Labbe y sus colaboradores y los de la escuela americana de Xan Slyke, Henderson Hagaard, Hasselbach, Anistin y Cullen, etc., etc., en los que se descubren las dos tendencias principales: la de considerar la acidosis resultante como consecuencia de una alteración hepática, por la toxicidad del anestésico, y otra la teoría de la acapnia.

Termina por último exponiendo los resultados obtenidos en las clínicas del Dr. Blanc en enfermos anestesiados con Avertina, que le hacen inclinarse en la explicación de la patogenia de la acidosis postoperatoria a la influencia del anestésico sobre las funciones del metabolismo al intervenir principalmente sobre el hígado, cuya función es muy interesante conocer, ya sola, ya en relación con otras glándulas (páncreas), pues de sus frecuentes alteraciones cree depende en gran parte la intensidad del trastorno del equilibrio ácidobase.

DOS CASOS DE FRACTURA DEL MAXILAR INFERIOR

Dr. Mayoral (D. José).—He ahí un aparato para la contención de los fragmentos en las fracturas del maxilar inferior, que he usado ya en varias ocasiones, y que por su sencillez y bajo precio es perfectamente adaptable a la práctica hospitalaria y de urgencia.

Caso 1.º Francisco Requena, natural de Jaén, de treinta y ocho años, jornalero. Ingresó en este Hospital el día 21 de Septiembre en los servicios del Dr. Blanc y Fortacín. Sufrió heridas contusas en la región parietal izquierda y mastoidea, con arrancamiento del pabellón auditivo izquierdo; fractura de la clavícula derecha; probable fractura del maléolo externo en la pierna derecha, herida contusa en la cara anterior de la pierna derecha, y erosiones en diferentes partes del cuerpo. Fractura completa del maxilar inferior, entre el incisivo central izquierdo y el lateral.

Cuando vi este enfermo, quince días después del accidente, presentaba un proceso de osteomielitis a nivel del foco de fractura; el pus se había abierto camino al exterior originando una fístula en la parte anterior de la región subrahioidea.

Lo primero que había que hacer era combatir la infección y contener los fragmentos en posición. Examinada la boca de este enfermo se vió que las arcadas dentarias eran bastante normales y que poseía la mayor parte de sus piezas dentarias. Por lo tanto, manteniéndole con la boca cerrada y en perfecta oclusión los dientes superiores e inferiores, la fractura quedaba reducida. Para lograr esto hicimos uso de un alambre grueso de metal blanco, que adaptamos a la arcada inferior a nivel de los cuellos dentarios, y una vez conseguido lo ligamos a todos los dientes con alambre de latón, procurando reconstruir perfectamente la oclusión normal de los dientes. Este sencillo aparato es suficiente para mantener los fragmentos en buena posición, si el enfermo no hace bruscos movimientos con su maxilar; permite vigilar la posición de las arcadas y corregir cualquier

desviación que altere la oclusión normal. Esto no ocurre con los aparatos en que se emplean coronas o cápsulas pegadas sobre los dientes, pues al perder estos su relación con los antagonistas pueden desviarse más fácilmente los fragmentos, provocando una consolidación en posición viciosa, que más tarde origina penosas alteraciones en la masticación. También tiene la ventaja sobre el *filettage* del Dr. Herpín (que consiste en colocar otro arco como el anterior, arriba, y ligarlo al inferior); de que no deprime al enfermo que se ve imposibilitado de abrir la boca; permite realizar perfectamente la limpieza de ésta y la alimentación del enfermo, que con el aparato anteriormente descrito es precaria; y si logramos que el enfermo permanezca constantemente (salvo los momentos anteriormente indicados) con la boca cerrada, el efecto será el mismo que con el aparato del doctor Herpín. Aquí tropeizamos con la dificultad de que los enfermos son en su mayoría rebeldes; pero si después de explicarles la conveniencia que para su pronta curación tiene el permanecer con la boca cerrada (de lo que no harán gran caso), les decimos que de no hacerlo así será necesario cerrarles la boca con alambres y permanecer de esa manera veinte días o más, entonces suelen poner mayor cuidado. En todo caso, si por las condiciones del enfermo o de la fractura persistiese la desviación, no hay más que poner arriba otro arco sujeto a los dientes como el inferior y ligarlo a éste (*filettage* de Herpín).

En este caso ha sido suficiente colocar una sola barra; el enfermo ha permanecido con más comodidad y se ha conservado la oclusión normal. Además, en un caso como éste complicado con osteomielitis (que retrasa mucho la consolidación), el *filettage*, durante mes y medio o dos meses en una boca séptica como la de este enfermo, hubiera podido determinar infecciones, aparte de lo que hubiera dificultado la alimentación y las molestias congruentes al bloqueo de la boca.

Para combatir la osteomielitis se le pusieron seis inyecciones de vacuna contra las infecciones polimicrobianas de la boca, de los Dres. Landete y Mayoral, y se dió amplia y constante salida al pus, dejando un desagüe metálico (hecho con el mismo alambre que empleamos para ligar los dientes).

Actualmente se halla el enfermo muy mejorado, tiene ligera supuración, debida, seguramente, a algún foco de osteomielitis aún existente, y la fractura en franca consolidación nos permitirá quitar el aparato en breve. El enfermo hace algún tiempo que ha empezado a comer cosas blandas para conservar las funciones de los músculos de la masticación y producir (ahora que el callo no está calcificado y es más moldeable) la perfecta adaptación de las arcadas superior e inferior.

Caso 2.º Juan Martín Carrasco, natural de Guadalajara, de veinticuatro años, albañil. Ingresó en la sala del doctor Blanc el día 21 de Noviembre. Fractura doble, completa, del maxilar inferior, por caída de un sexto piso.

Las líneas de fractura pasaban entre los incisivos centrales una, y entre el canino y primer premolar izquierdos la otra. En este caso chocábamos con la dificultad de que faltan la mayor parte de los dientes superiores, existiendo, en cambio, los inferiores. No podíamos, por lo tanto, mantener los fragmentos en posición, mediante la oclusión con los antagonistas. En este caso hubieran estado indicadas las cápsulas, adaptadas sobre todos los dientes y pegadas sobre ellos, pero aun cuando no fueran de oro, sino de metal blanco, su construcción es cuestión de mecánica delicada y, por lo tanto, sumamente cara, lo que las hace poco factibles para la práctica hospitalaria. Por ello hemos usado el mismo aparato que en el caso anterior, que vigilándolo convenientemen-

te puede dar el mismo resultado, teniendo la ventaja de que podemos modificarlo a nuestro gusto cuando veamos que las relaciones entre los fragmentos no son correctas.

Como profilaxis se le han puesto los primeros días dos inyecciones de vacuna polimicrobiana de boca, la primera de medio centímetro cúbico y a segunda de uno, logrando que no haya aparecido la menor infección en la boca de este enfermo durante su tratamiento.

Actualmente continuamos vigilándolo para mantener la relación normal de los fragmentos, y esperamos una pronta consolidación.

Como ven ustedes, el aparato no puede ser más sencillo, y sus resultados comparables a los obtenidos con otros más incómodos o costosos. Es, por lo tanto, como dije al principio, un aparato excelente para la práctica hospitalaria y de urgencia, pues los materiales necesarios pueden hallarse pronta y fácilmente y los alicates que se emplean en su colocación no es indispensable que sean especiales.

Antes de terminar he de hablar brevemente sobre la contención provisional de las fracturas del maxilar inferior por medio de la escayola batida con una mezcla de sulfato potásico, fluoruro sódico y tripaflavina, que hace forme un apósito antiséptico y contentivo. Con una cubeta de las que se emplean para tomar impresiones en Odontología de las dimensiones apropiadas a la boca del enfermo, se llena de escayola batida con la mezcla anterior, y manteniendo los fragmentos en posición se coloca sobre ellos; cuando esté suficientemente endurecida se retira la cubeta y se recorta la masa de escayola para que moleste lo menos posible. En estas condiciones puede mantenerse el bloque de escayola durante veinticuatro o cuarenta y ocho horas, hasta que se haya construido el aparato de contención definitivo, y habremos evitado que el enfermo permanezca durante este tiempo con las molestias inherentes a una fractura no reducida.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. Minot y A. Patoir. EL COREA CARDÍACO EVOLUTIVO. Las manifestaciones cardíacas en el curso del corea son admitidas por todos los autores. Sin embargo, casi todos los autores han venido afirmando que la endocarditis propia de esta enfermedad era relativamente benigna y que en muchos casos llegaba a curar por completo.

Recientemente Mme. Linossier-Andoin, en su tesis doctoral, señalaba por vez primera la posibilidad de recidivas en el síndrome cardíaco más arriba citado, así como el establecimiento de una cardiopatía de tipo evolutivo.

En apoyo de este último aserto exponen los autores en este trabajo dos casos de niños, ambos de cinco años, de los cuales uno había sufrido simultáneamente una recaída de sus síntomas cardíacos y de su corea. El otro, a continuación del corea, presentó signos cardíacos que experimentaron varias recaídas. Esta variabilidad es considerada por los autores como una prueba del carácter evolutivo de las lesiones.

De este hecho parece deducirse que las manifestaciones cardíacas del corea se asemejan muchas veces en su evolución al llamado reumatismo cardíaco evolutivo. (*Paris Medical*, 14 de Enero de 1931).—Dr. J.



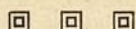
INDUSTRIAL MEDICA SANITARIA

Fabricación de Mobiliarios para
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

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

== Oferta especial para los señores médicos. ==

Vitrina hierro de 100 X 50 X 30 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 30 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 33 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» » con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» » con porta-irrigador.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» » de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88, 0



Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.



¡CONTRA EL DOLOR!

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

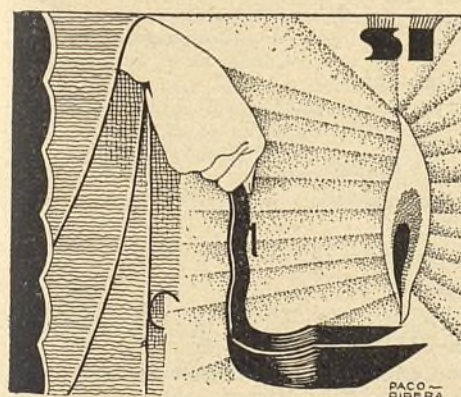
ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparada esta especialidad farmacéutica por el **Dr. Raimundo Fernández Villaverde** en su Laboratorio, Príncipe de Asturias, 105 - Barcelona



SI BUSCA

CEBITE

precio 275

un alimento eficaz
conteniendo inalterados
los elementos de la uva

se los proporcionará tal como
se presentan en su estado fresco

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

Anticalculina EBREY

EXTRACTO PURAMENTE VEGETAL CONCENTRADO

Ayuda considerablemente a eliminar el ácido úrico.
Estimula la diuresis y la actividad hepática.
Mantiene normal el funcionamiento del hígado y el riñón, por su acción descongestiva e impide los síntomas penosos por su efecto analgésico.
Anticalculina Ebrey produce la aseptia renal y ayuda al profesional en las crisis. Cuando se usa simultáneamente con los tratamientos arsenicales y mercuriales, mantiene expeditas las vías urinarias permitiendo hacer un tratamiento más extensivo.

Evita los cólicos hepáticos y la formación de concreciones.
La pureza de sus componentes vegetales y la ausencia de toxicidad hacen a la Anticalculina Ebrey un medicamento ideal para ser administrada a los ancianos, mujeres embarazadas y niños que padecen de enfermedades renales.
INDICACIONES: Reumatismo, gota, litiasis, cálculos renales y hepáticos, uricemia, arteriosclerosis, y en general como coadyuvante en las enfermedades renales, hepáticas y vesicales.
DOSIS: 30 gotas en un vaso de agua azucarada, si se prefiere, o una cucharada en un litro de agua filtrada, al día.

ANTICALCULINA EBREY se vende en todas partes.

EBREY CHEMICAL WORKS, NEW YORK

E. Durán, MADRID. — C. A. Vicente Ferrer, BARCELONA. — Dr. Cuesta, VALENCIA, y en todas las farmacias.

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

BENGALAIS

Eficaz, Agradable e inofensivo.

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA

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

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

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

NUEVO INVENTO ALEMAN

PASTA BLANCA IDEAL MARCA GRIP-FIX

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

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

UNICA PASTA BLANCA LIMPIA, HIGIENICA, DESINFECTADA

Lo más EFICAZ PARA PEGAR PAPELES, LO MAS AGRADABLE, RAPIDO, LIMPIO y ECONOMICO

PRECIO:

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

- D. Antonio Hernández (648).—Id.
D. Juan Matas Goyanes.—Id.
Dr. Viura Carreras.—Id.
Dr. Gonzalo Roqueta.—Id.
D. Oscar Torras.—Id.
D. Ventura A. Hortal.—Id.
D. José Jordana.—Id.
D. Emilio Choza.—Id.
D. Vicente Molinero y Olalla.—Id.
D. Jacinto Navas Romero.—Id.
D. César Judez.—Id.
D. Víctor Viñuela Herrero.—Id.
D. José Sines y Botana.—Id.
D. José Repeto.—Id.
D. Domingo Coma.—Id. fin Enero 1932.
D. Antonio Crespo Carro.—Id. fin Diciembre 1932.
D. José García Saavedra.—Id. fin Octubre 1930.
D. Miguel Cadenaba.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Ramón Torradella.—Id.
D. Ramón López Ferradas.—Id.
D. Emilio Sarcia.—Id. fin Febrero 1932.
D. Luis Ebrero Ramiro.—Id. fin Marzo 1932.
D. Basiano del Amo.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Angel Soria Carrasco.—Id.
D. Benito Fariña Guitián.—Id.
D. Carlos Vargas Moreno.—Id.
D. Pablo Lacort.—Id.
D. Domingo Lumbier.—Id.
D. Constantino Pérez Pastrana.—Id.
D. Antonio Revilla Gala.—Id. fin Abril 1932.
D. Antonio Sánchez Ruano.—Id. fin Enero 1932.
D. José Magdalena Villamil.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Luciano Hernández.—Id.
D. Miguel González Merino.—Id.

(Se continuará.)

Es recibido por un aplauso, y después de dar un apretón de manos a Pepe, a Antonio, a Luis, a Gavy, a Rosina, se sienta próximo a su amiga Luci, una muchacha encantadora, rubia, con bellos ojos negros y con un sic especial en el rostro que le hace olvidar por completo el de su pobre mujer, que ya entregada a Morfeo sueña con su adorado esposo.

"MALTOPOL"

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

Y da principio la bacanal, que pasa fugaz en medio del mayor entusiasmo hasta llegar el momento del champagne, que da fin a la comida entre ocurrencias y chispeantes brindis, celebrados con carcajadas y aplausos.

Y ya todos saturados de alcohol, conciben los más aviesos planes para el resto de la noche, y es aceptado el propuesto por el elegante galeno, consistente en hacer una excursión al cabaret de la bella Simona, situado en las afueras de la capital.

Y manos a la obra; tarareando a coro un vals vienés, abandonan los seis amigos el restaurant para ocupar los asientos del automóvil, que parte rápido en medio de una algarabía propia de la juventud de sus ocupantes.

IV

Un reloj de torre deja oír su metálica voz. Son las doce y media de la noche. Y en vertiginosa carrera cruza el vehículo una y otra calle, hasta salir del casco de la ciudad.

Ya en las afueras, y libres de que pudieran ser conocidos, se desborda su entusiasmo, y sintiéndose émulo de Fleeta cantan con toda la fuerza de sus pulmones trozos de zarzuelas conocidas.

Y al pasar junto a una humilde casa, y entre el sonar de la bocina y el eco de sus canciones, son sorprendidos por el estruendo producido por un disparo de arma de fuego.

Ante el ruido de la detonación se de-

CARABANA: el mejor purgante.

tiene el auto y escuchan una voz lastimera pidiendo auxilio.

Corren presurosos los alegres jerguistas hacia el lugar de la ocurrencia, y, guiándose por la luz que proyectan los faros del coche, penetran en una misera vivienda, hallando en el fondo de una habitación a una pobre mujer demandando socorro... que no era otra que la infeliz pastora, que se encontraba en los momentos más angustiosos de su parto, y que para llamar la atención no se le ocurrió otra cosa que disparar la escopeta que su marido tenía depositada en un rincón de la alcoba.

Y ya en funciones, el doctor X reconoce a la enferma y da un grito de angustia al encontrarse ante un grave caso de distocia.

Todo preparado y convertidas en enfermeras las bellas compañeras, y en ayudantes los pollos bien que le acompañaban, consigue, después de varias

horas de trabajo y al alborar el día, solucionar situación tan crítica, extrayendo vivo un hermoso niño sin la menor consecuencia para la madre.

Con lo que por tal motivo recibió el médico un aplauso de los presentes, ya que el bien prestado merecía la pena de haber perdido una noche de placeres sin cuento.

Y cuando el doctor retornaba a su casa y penetraba en la alcoba en que su mujer dormía, exclamó en tono quejumbroso: ¡Valiente nechecita que he pasado! ¡Ha sido el peor parto que en mi vida he asistido! Su recuerdo me perderá siempre.

Y ante el eco dulce de su esposa, en que todas sus palabras son de amor, de cariño y sentimiento, cae rendido en el lecho, y, como si su conciencia le delatase, se le proyecta en su imaginación el fingido parto, que se transformó en verdadero, acaso como un castigo a sus perversas intenciones.

FRANCISCO S. GRANGEL.



ES PASMOSO el número de habitantes que moran dentro de un queso. Hay quien ha intentado hacer el censo de su población, y del examen microscópico de un gramo de queso de Gruyère resultó que 90.000 microbios tenían en él su residencia. Este prodigioso campamento se convirtió a los sesenta días en una tribu 800.000 individuos. Un gramo de queso de Rochefort contiene por término medio 200.000 microbios. De suerte que todo un queso encierra más animalitos que seres humanos habitan en nuestro planeta.

Y más maravilloso que el número de microbios es la paciencia del que los ha contado.

**

—SUFRE de tal modo, doctor, que ha perdido toda esperanza, y quiere matarse.

—Pero, señora, ¿es que yo no estoy aquí para eso?

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

EN ORIENTE un hombre vale por cien mujeres. Un gran corazón de mujer, por todos los hombres del Imperio.

**

EL ESPIRITU no envejece nunca mientras el corazón se mantenga joven.

LA CINEMATOGRAFÍA EDUCATIVA

Uno de los problemas más importantes en la actualidad del cinematógrafo como espectáculo es la asistencia de los niños a las salas ordinarias de proyección. Indudablemente no se puede suprimir a aquéllos el goce extraordinario

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

que el «cine» les proporciona; pero tampoco hay que desconocer que la mayoría de las veces ese espectáculo es más perturbador que beneficioso para su desarrollo espiritual y aun físico (jesas salas sin ventilación). En muchas ciudades se ha obligado a los empresarios a colocar a las puertas de sus salas o en los anuncios de los «films» la advertencia de que la película no es a propósito para los niños. Entre nosotros no conocemos la existencia de una disposición semejante. A lo más existe la previa censura para chicos y para grandes, que, naturalmente, no podemos en modo alguno defender.

Más que las medidas puramente negativas, creemos eficaces las positivas y creadoras. En vez de prohibir la asistencia a tal «film» o de censurar éstos, deberían organizarse secciones especiales para los niños. En esas secciones infantiles no se trataría de abrumar a los niños con películas moralizadoras y gazmoñas, sino de divertirlos sanamente con «films» cómicos, documentales, de aventuras y de viajes, etc. Un ensayo de este género, bien planeado, está llamado a tener un éxito seguro; los niños preferirán ir a esas secciones en vez de tener que presenciar muchas de las escenas ininteligibles para ellos de los «cines» ordinarios.

La mayor aplicación del cinematógrafo educativo es indudablemente el «film» escolar. Pero la difusión de éste en nuestras escuelas y centros docentes tropieza con algunas dificultades. En

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

ELIXIR CALLOL

primer lugar, hay que colocar las razones de índole económica. La adquisición de un aparato de proyección regular supone ya un gasto crecido, que pocos establecimientos docentes pueden realizar. Después viene la adquisición o alquiler de los «films», que también representa una partida no despreciable. Finalmente, la instalación eléctrica, la pantalla, accesorios, etc., hace que los gastos aumenten bastante.

La cinematografía educativa escolar, ¿debe ser un servicio nacional? Aquí donde lo esperamos todo del Estado, muchos se decidirán por cargarle con este nuevo servicio. A nuestro juicio, nada sería menos acertado. El Estado no debe tomar a su cargo, en materias de educación, más que los servicios esenciales, sobre todo los que se refieren al Magisterio (preparación, nombramiento, sueldos, inspección, etc.).

Lo que el Estado puede y debe hacer es ayudar a completar la acción privada y ello en dos formas: económicamente, con subvenciones, y técnicamente, con directivas, publicaciones, personal apto, etcétera, incluso con la creación de un servicio circulante de «films» selectos.

La cinematografía educativa no agota sus posibilidades en la aplicación escolar. Uno de los empleos más importantes de aquélla es como medio de ilus-

Kelatox: Sedante atóxico.

tración científica y de propaganda social. Los «films documentales» adquieren cada día mayor interés para la educación del pueblo; en este sentido se han hecho ya maravillas, que es lástima que los «cines» públicos quieran seguir desconociendo. Contra este «boycott» no cabría más que constituir Sociedades privadas que dieran proyecciones mensuales o quincenales a base de esos «films» documentales. Seguramente tendrían más éxito que muchas de las películas que se posan hoy en los «cines» al uso. Los «films sociales», encaminados a mostrar gráficamente los perjuicios de algunas enfermedades o vicios de ese carácter: sífilis, tuberculosis, alcohol, tabaco, etc., o los beneficios de algunas técnicas agrícolas, industriales, etcétera, necesitan el apoyo del Estado o de las Corporaciones públicas, ya que su aplicación no puede ser económicamente remuneradora, aunque lo sea mucho en otros aspectos que al país le interesan más. Claro que tampoco se trata aquí de películas de tesis, moralizadoras, sino estrictamente documentales, como algunas que se han proyectado con tanto éxito, aunque en círculos muy limitados.

Las aplicaciones educativas del «cine» son infinitas. Pero en todas ellas hay que contar siempre, a más de un material selecto, con personas competentes, preparadas para esta misión, que no se puede improvisar. De aquí la conveniencia de que el Estado creara un personal experto o lo reclutara entre sus diversos servicios técnicos, concentrándolos en algo que podría constituir el nuevo servicio de la «Cinematografía educativa nacional».

(Acción Médica, Lima.)

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

— ¡CUANTO siento su desgracia, amiga mía! ¡Quedar viuda a los treinta y cuatro años!

— Disculpe; treinta y dos...

PARA CORTAR el hielo lo mejor es una aguja gruesa o un alfiler de sombrero de señora o una lezna recta. Con cualquiera de estas herramientas se corta muy fácilmente.

— DOCTOR, mi mujer se lleva todo el día tiritando, ¿cree usted que será grave?

— No, un abrigo de pieles la cura.

EL CAFE proviene de Arabia. Su nombre árabe es *cahouh*, que significa vigor, fuerza. Otros dicen que la voz café se deriva de Kaffa, ciudad cuyos habitantes fueron los primeros cultivadores y con umidores de este producto.

Acerca de su descubrimiento y antigüedad de su uso existen numerosas y diversas opiniones. Hay quienes sostienen que ya lo bebía el rey David, y que es el mismo licor designado por Homero bajo el nombre de *nepen hes*, pero sólo consta por seguro que los médicos árabes ya lo conocían, así como sus principales efectos fisiológicos. El célebre Avicena lo usaba en el siglo XI. En el siglo XIV pasó de Kaffa a la Meca y demás poblaciones de Arabia. En el siguiente lo usaron mucho los persas. Pronto fué conocido en Egipto y desde el Cairo lo llevaron después a Constantinopla.

En 1550, bajo el reinado de Solimán III, se abrió en Constantinopla el primer establecimiento destinado a tomar café en Europa.

**Fantán
Merck**
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

La raza humana más septentrional.

Al norte de las tierras habitadas por los esquimales, cerca de las riberas mismas del Océano Ártico, hay una raza de hombres que cuenta no más que unas 300 almas. Puede considerarse el golfo de Inglefield como el punto céntrico de sus campamentos, que se compone cada uno de dos a doce familias reunidas. En invierno se refugian en sus *ingloo*, especie de cabañas construidas con bloques de hielo, y en verano en sus *tupie*, tiendas de pieles de foca. En la corta estación estival se dedican a la caza y pesca, y verifican sus excursiones por medio de trineos. Cada trineo va tirado por seis perros que pueden arrastrar un peso de 150 hasta 500 kilos.

Completamente aislados de todo el resto del universo y continuamente en lucha con los elementos, poseen estos hombres costumbres extrañas y singulares creencias. Cuando en 1818 fueron descubiertos por John Ross, quedaron extraordinariamente sorprendidos viendo que otros hombres habitaban en el mundo, pues se creían vivir solos en la tierra; no obstante, hicieron a los extranjeros una cordial acogida. Su lengua tiene mucha semejanza con la groenlandesa.

No vive de otra cosa que de carne cruda de foca y de oso polar, sin que conozca la sal.

El carácter de estos hombres es dulce y muy social. El rico parte fraternalmente lo que tiene con el necesitado, y esto es allí considerado como la cosa

más natural del mundo, y como un deber sagrado.

Los padres aman entrañablemente a sus hijos, y éstos a sus padres.

Cuando un joven quiere casarse se presenta a los padres de la que ha escogido por mujer, se la pide sin rodeos, y con tal de que sea buen cazador, su demanda es favorablemente acogida. Sin más ceremonias se lleva la futura a su casa.

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

EL CONTROL DE LOS APARATOS RADIOLOGICOS

LA ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS
RENUOVA SUS CONCLUSIONES DE 1921

El ministro de Sanidad pública ha pedido a la Academia de Medicina el 31 de Octubre último, un informe acerca de los peligros que pueden presentar las instalaciones radiológicas y sobre la oportunidad de un servicio de control. Pero la Academia se había ocupado ya de esta cuestión con motivo de una comunicación del profesor Broca en 1921.

He aquí las conclusiones que adoptó en 7 de Junio de 1921:

1.^a No hay razón para pensar que una instalación de radiología pueda perjudicar a los vecinos en el estado de adelanto que actualmente se encuentra la ciencia.

2.^a Los peligros efectivos y reales no existen ya más que para los manipuladores de los aparatos, los médicos y todos los que saben lo que han de hacer para preservarse del peligro.

3.^a Será medida discreta la que se adopte de no poner trabas a los radiólogos, ni a pretexto de su peligro personal y al de los peligros más o menos imaginarios de los vecinos.

En 1923 el senador Pablo Strauss, ministro entonces de Sanidad pública, constituyó una Comisión encargada de estudiar de nuevo la cuestión.

En 1929 una nueva Comisión constituida por el prefecto de policía estudió la cuestión y acordó las mismas conclusiones.

De modo que la Academia ha decidido atenerse hasta nueva orden a sus conclusiones de 1921, que serán enviadas al señor ministro unidas con la copia de la comunicación de la Sociedad Radiológica Médica.—M. P.

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

—MI NOVIO tiene un corazón de oro, un puño de hierro y una voluntad de acero.

—¿Y qué hace?

—Colchones...

DICEN QUE de cada mil hombres salen diez genios, y uno por cada mil mujeres. En cambio, entre mil mujeres, quinientas noventa y cinco tienen inteligencia normal mientras que en igual número de hombres sólo se encuentran trescientos ochenta con igual facultad



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

“EUMALT”

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

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



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

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

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

LA METAIRIE

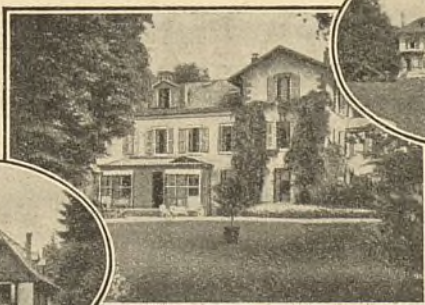
Cerca de NYON (Suiza.)

Casa de salud, particular,
de primer orden.

FUNDADA EN 1857

**GRAN
PARQUE**

**VILLAS
SEPARADAS**



**CURA
DE REPOSO**

PSICOTERAPIA

**VIDA
DE FAMILIA**

Tratamiento individual de
las enfermedades

**NERVIOSAS Y MEN ALES
Y TOXICOMANIAS**

Médico director: DR. F. DIZARD
Médico anejo: DR. M. GUILLEREY



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

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



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada
con ceraína.)

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

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

Biblioteca de gran interés práctico.

Cada volumen encuadernado de 128 páginas

por **1,50** PTAS.

PARA NUESTROS SUSCRIPTORES

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 pídales a nuestra Administración, quien deja el beneficio que le haga el librero a 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 periódico. Hágalo 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.

LABORATORIOS



**— Clínicos rurales. —
Instalación completa.
PRODUCTOS QUÍMICOS PUROS**

Envío inmediato. :-: Pídanse presupuestos

**Establecimientos JODRA
Príncipe, 7. — MADRID**

Puede afirmarse categóricamente que el embarazo agrava en definitiva la marcha de la tuberculosis pulmonar. Es cierto que se ha conocido siempre el efecto favorable transitorio que tiene el embarazo sobre la marcha de la tuberculosis si ésta no era de una forma muy grave, pero este efecto transitorio se debe exclusivamente a que el embarazo puede y suele producir un aumento del apetito y una activación de los procesos nutritivos, unido a que con gran frecuencia la mujer embarazada y sus allegados tienen especial cuidado con ella para mejorar su estado de nutrición. No es extraño, por tanto, que la tuberculosis mejore y aun que parezca quedar completamente latente mientras dura el embarazo. Pero tras del parto ocurre todo lo contrario. La mujer, muy debilitada por los esfuerzos del parto y por la sangre que pierde con este motivo, sufre una pérdida absoluta del apetito. Se hace difícil alimentarla y lo poco que ingiere se aprovecha mal, y entonces la tuberculosis adquiere una marcha rapidísima, muchísimo más rápida que lo había sido antes del embarazo, y la enferma muere en pocas semanas. En otros casos, si se trata de formas menos graves de la tuberculosis pulmonar o de enfermas que viven en condiciones higiénicas especialmente favorables, pueden sobrellevar bien un embarazo, si bien siempre agrava algo la marcha de la tuberculosis; pero lo que resulta funestísimo para estas enfermas son los embarazos repetidos, especialmente si lactan ellas mismas a sus hijos, lo que no deben hacer, tanto por el peligro que tiene para ellas mismas como por el que tiene para el hijo. Si la enferma no padecía antes del embarazo una tuberculosis activa, pero sí una forma latente de la enfermedad, es decir, si era lo que se conoce corrientemente como una predispuesta a la tuberculosis, o si padecía un foco de tuberculosis en otra parte del cuerpo (lesión ósea, fístula del ano, etc.), el embarazo o los embarazos provocan rápidamente una invasión pulmonar de evolución grave.

Hasta aquí la influencia del embarazo sobre la tuberculosis. Pasemos ahora al caso contrario, la influencia de la tuberculosis sobre el embarazo. Con frecuencia las mujeres

cuenta de que las tiene; y si el marido no tiene la prudencia de someterla al tratamiento conveniente, puede ocurrir la expulsión del embrión o del feto muerto en cualquier período del embarazo. En cambio, si la mujer se trata es facilísimo evitar toda influencia de la sífilis sobre el producto de la concepción.

Si la mujer adquiere la sífilis cuando ya estaba embarazada, en caso de que esto ocurra en los dos últimos meses del embarazo suele el feto nacer sano, a pesar de que la mujer ignora la enfermedad en la mayoría de los casos, y, por tanto, no se somete al conveniente tratamiento. Pero si la infección ocurre en un período más precoz del embarazo, su influencia sobre éste es aproximadamente la misma que en el caso anterior.

La influencia de la sífilis paterna directamente sobre el feto y sin la intervención de la madre es bastante más difícil de comprender. Claro está que si el padre infecta a la madre, todo está explicado; pero es que hay casos en que un padre sífilítico engendra un hijo también sífilítico, o mejor dicho, que muere en un período más o menos avanzado del embarazo y nace con lesiones de sífilis, sin que la madre parezca haberse contaminado. Estas observaciones han dado lugar a determinadas leyes de transmisión de la enfermedad.

Estas leyes son la de Colles y la de Profeta, que dicen así: Ley de Colles: Toda madre que lleve en su seno un hijo sífilítico que deba la infección al esperma del padre, no contrae la enfermedad sífilítica lactando a su propio hijo, como le sucedería a una nodriza si lactase a ese mismo niño. La ley de Profeta: Que todo niño nacido sano de madre sífilítica no contrae la enfermedad, ni lactando de su madre, ni por ninguna otra vía. Es decir, que en el primer caso la madre, y en el segundo el hijo, resultarían inmunes a la enfermedad. Estas leyes empezaron a encontrar en seguida numerosas excepciones y, sobre todo, se demostró que no eran exactas, hecho importantísimo, porque las consecuencias prácticas de admitir estas leyes como ciertas son muy importantes. En efecto, si se considera como sana a una madre que ha engendrado un hijo sífilítico por contaminación del

padre, y se prescinde del tratamiento conveniente, los estragos que cause en ella la enfermedad serán mucho mayores que si se la somete a tratamiento. La reacción de Wassermann demostró que en el 90 por 100 de los casos en que parecía cumplirse la ley de Colles o la de Profeta se trataba sólo de una inmunidad aparente, y en realidad si la madre (caso de la ley de Colles) o el hijo (caso de la ley de Profeta) no presentaban síntomas de infección sifilítica era porque ya eran sifilíticos.

Debe tenerse como norma que el niño no contrae nunca la enfermedad porque el espermatozoo del padre lleve treponemas, que sería un verdadero caso de heredosifilis, sino contagiada por la madre cuando el huevo se encuentra ya formado; de forma que si la sífilis del padre se transmite al hijo es después de haber contagiado a la madre y ésta al hijo a través de la placenta. Además, como quiera que la contaminación del feto es posible aunque la madre contraiga la enfermedad hallándose ya en el último mes del embarazo, en la práctica todo niño nacido de madre sifilítica se debe considerar como sifilítico, sea cual fuere el estado de la enfermedad de la madre en el momento del parto. Es cierto que existen casos excepcionales en que el hijo escapa a la infección sifilítica que padecía la madre, como lo demuestra la posibilidad de contraer la enfermedad, por contacto con las lesiones sifilíticas que se encuentran en los órganos genitales de la madre, durante el parto. Mas como la reacción de Wassermann tiene en el recién nacido un valor muy inferior al que tiene en el adulto para poder afirmar la sífilis congénita, hay que considerar como sifilítico a todo niño nacido de madre infecta.

La conducta del médico en los casos de sífilis y embarazo se ha simplificado mucho desde que se dispone de los procedimientos excelentes de tratamiento de aquella enfermedad. Ante todo, es necesario procurar por todos los medios que el hombre sifilítico que piensa contraer matrimonio se entere del peligro que lleva para su mujer y de la posibilidad de orillar ese peligro por medio de un tratamiento concienzudo, que no es difícil de hacer, incluso con la más ab-

soluta discreción. Si existe, no ya la seguridad, sino la probabilidad de que la madre se haya infectado, se la debe someter también desde el primer momento al tratamiento, por medio de todos los recursos que para ello proporciona el actual arsenal terapéutico. No es difícil con un ligero tanteo hallar el procedimiento que permita un tratamiento eficaz sin alterar la marcha del embarazo. Una vez que el niño ha nacido, la única persona que le puede lactar sin peligro, caso de que se tenga cualquier sospecha de que padece sífilis congénita, es la madre. Solamente en los casos en que el padre y la madre han sido convenientemente tratados desde antes del comienzo del embarazo o desde el comienzo de éste se puede tener la esperanza de que el niño nazca sano y confiar su lactancia a una persona extraña, no olvidando tener buen cuidado de vigilar la piel y las mucosas del niño por si en cualquier momento presentara manifestaciones sifilíticas. En cuanto al detalle del tratamiento de la sífilis en la mujer embarazada y en el recién nacido, nos ocuparemos de ello al tratar de la sífilis.

La tuberculosis de las mujeres embarazadas es un motivo de preocupación muy seria para el médico. Ciertamente que la tuberculosis puede adoptar tal variedad de formas evolutivas, que con decir que una mujer embarazada está tuberculosa no se ha dicho gran cosa, y de la forma de la tuberculosis que padezca dependerá la evolución de la enfermedad. Ante todo, diremos que nos referimos exclusivamente a la tuberculosis pulmonar, o, más extensamente, la tuberculosis del aparato respiratorio, incluyendo aquellas formas que parecen afectar exclusivamente a las vías respiratorias altas, es decir, a la laringe y aquellas otras en que solamente se aprecian lesiones de la pleura, pudiendo despreciarse las pulmonares que las acompañen. Los casos en que la tuberculosis tiene alguna otra localización, y singularmente las tuberculosis quirúrgicas, solamente nos interesan aquí por cuanto una persona que lleva en sí un foco de tuberculosis en actividad se encuentra, como es lógico, especialmente predispuesta a padecer secundariamente una localización pulmonar de su enfermedad.

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)

(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amalio Gimeno.

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del
HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

Se exportan en botellas de 1 litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao á San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico del «UROLA», de Zumárraga á Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo Balneario, llamada CESTONA - BALNEARIO.

Pídanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

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.

La MONOGRAFIA IX

abarca

DOS IMPORTANTÍSIMOS TEMAS:

El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones.

Intubación laríngea

por el DR. GARCIA VICENTE

y

ALTERACIONES DE LA Voz, LARINGITIS Y RONQUERA

por el DR. HUARTE MENDICOA

SON dos MONOGRAFÍAS unidas con un número de páginas superior al ofrecido.

EL PRECIO NO VARÍA: 1,50 para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO.

ANALISIS

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

POR LAS CLÍNICAS DE EUROPA

(FORMULARIO CRÍTICO)

TOMOS PUBLICADOS

- 1.º **A** 7 pesetas (segunda edición).
- 2.º **BC** (agotado y en reimpresión).
- 3.º **DE** 8 pesetas (segunda edición).
- 4.º **FGH** 7,50 pesetas.

- 5.º **IJKL** 7,50 pesetas.
- 6.º **MN** 7,50 pesetas.
- 7.º **O** 7,50 pesetas.
- 8.º **P** (hasta **Parto**) 8 pesetas.

El tomo IX ha empezado a publicarse desde el número del 24 de enero de 1931 y comprenderá el resto de la letra P. El número de páginas de cada tomo es variable entre 400 y 600.

Nuestro Formulario Crítico tiene cada día mayor reputación entre los médicos, considerándose como el mejor de los hasta ahora publicados.

Los tomos sucesivos, en cuya confección trabajan varios redactores que conocen y hablan todos los idiomas y disponen de libros de todas las naciones para llevar a la perfección nuestro FORMULARIO, se publica por entregas de ocho páginas encuadernables en nuestra importante Revista **EL SIGLO MÉDICO**.



Marca registrada.

EXHEPA: Extracto de hígado desecado, para el tratamiento dietético de la anemia perniciosa, según el procedimiento de Minot y Murphy.

INSULINA "LEO": Indicaciones: Diabetes, Desnutrición, Estados hipotrofos.

JERINGAS "LEO": Especial para inyecciones de insulina.

ITAMIN: Vitaminas A en tabletas. Indicaciones: Avitaminosis, Queratomalasia, Xeroftalmia, Raquitismo, Desnutrición en los niños, Depresión primaveral.

LEOTAMIN: Pomada (Especialidad nacional). Indicaciones: Toda clase de úlceras y heridas de cicatrización tórpida en general y especialmente en personas anémicas, asténicas, hemofílicas y diabéticas.

PHYLLOSAN: Tabletillas para la clorofiloterapia por el método de Buergi. Indicaciones: Afecciones cardíacas, Anemias.

PARAGHURT "LEO": Fermento vivo de Yoghurt desecado. Indicaciones: Colitis, Diarreas, Enteritis subaguda y crónica, Constipación crónica, etc.

TIROIDES "LEO": Glándula tiroides desecada. Indicaciones: Mixedema, Cretinismo, Psoriasis, Eczema crónico, Ictiosis y Enuresis.

SANOCRISIN Para la quimioterapia de la tuberculosis, según el método de Mollgaard.

ORIGINAL MOLLGAARD:

SULFOSIN "LEO": Terapéutica con azufre contra la parálisis general, Sífilis nerviosa y otras afecciones sífilíticas o no, del sistema nervioso central, demencia precoz, Esquizofrenia, Encefalitis epidémica crónica.

Para muestras y literatura dirigirse a: **VALENTIN AAGE MOLLER - "CASA LEO"**
VIA LAYETANA. 20. - BARCELONA

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL

a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

ooooo

FIMONAL

MEDICAMENTO

especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjuí y dionina.

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.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Comisión del paso al Estado de los médicos titulares.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Tertulia médica.—Por las Clínicas de Europa.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Los más perjudicados.

La persistencia increíble de este conflicto de las «Artes gráficas» que tiene detenida la impresión y reparto de cuatro números de EL SIGLO MEDICO, nos obliga a una detenida explicación ante nuestros lectores, mismo llegue en día imprecisable a su conocimiento, pero convencidos de la ventaja de que aparezca, cuando sea, y permanezca en las colecciones de esta Revista para cuanto, llegado el caso, pudiera servir de dato histórico y crítico.

En los primeros días de la huelga, las Empresas editoras quedaron en espera de la rápida y favorable solución, que se les anunciaba por los patronos; pero como el conflicto adquiría cada vez mayores proporciones de intransigencia, y las pasiones parecía ser estaban más envenenadas, hace ya más de una semana se hicieron gestiones en la Asociación de Patronos para hacerles ver que no se habían tenido en cuenta por nadie los grandes perjuicios que se originaban a las Empresas de revistas, etc., y que estaban éstas dispuestas a elevar una queja al Gobierno, si continuaba tal estado de cosas, para que se buscara la solución más compatible con los intereses y deseos de todos, ya que si era lógico que se dignificara al trabajo, también era razonable que no se atropellaran los intereses de las publicaciones, elevándoles los precios de las impresiones sin tener en cuenta que muchas de ellas han firmado contratos por cierto número de meses, que tienen que respetar, y que acaso no podrían cumplir desde el momento en que los dueños de imprenta les elevasen los precios.

Tanto los señores que componen la Junta directiva, como la mayoría de los asociados, hicieron presente que en ellos estaban representados los intereses de sus clientes, toda vez que al defender la no elevación de tarifas, exigencia de plantillas, etc., era por tener la seguridad de que de este modo el cliente subsistiría, y no se daría el caso de haber imprentas, pero no trabajo.

Concedido a los obreros un aumento en los jornales que pedían, preguntan los que no están bien

informados de la marcha de este asunto: ¿Y para llegar a esa solución se está en huelga desde el día 19 del pasado mes, irrogando perjuicios, molestias y pérdidas irreparables al trabajo y a los intereses de muchas Empresas?

Ultimamente, la Comisión de Reclamaciones de la Asociación del Arte de Imprimir ha publicado una nota, en la cual dice:

«El lento proceso de elaboración de un nuevo contrato de trabajo que sustituyera al pactado en 1922 entre patronos y obreros gráficos, ha tenido término a los dos años en la Conferencia Nacional de Salarios, que acaba de terminar después de numerosas sesiones, más acaso de las que la urgencia del problema requería, y cuyo trámite final es natural suponer se abrevie.

El objeto de ella en cuanto a salarios ha sido logrado, siquiera en grado inferior al que demandaban los obreros y avalaba la estadística: un 21 por 100 sobre los mínimos actuales, y en cuanto a unificación nacional, un importante paso de avance en la limitación primero, y en la supresión después, en lo posible, de la competencia, ruinosa a juicio de los elementos patronales.

Este resultado confirma hasta qué punto era sincero nuestro propósito de evitar el conflicto actual cuando nos esforzábamos en conseguir de la Patronal un aumento provisional, muy inferior al defendido por los mismos patronos y acordado por la Comisión Interina de Corporaciones tras interesantísimos debates, de los que tenemos versión taquigráfica, y cómo no tiene explicación lógica la negativa sistemática en que hasta hoy se han mantenido los dueños de imprenta ante toda fórmula de arreglo de una situación que fatalmente había de abocar a lo sucedido.»

Lo que afirma estar resuelto virtualmente el problema, y la patronal definirá su posición, salvados ya los obstáculos que ella misma señaló; definición que esperan las Asociaciones obreras y numerosos patronos, asociados y no asociados, para fijar su actitud, y rápidamente se convocará a una asamblea magna tan pronto haya base para acuerdos.

Hoy, sábado, en la forma de costumbre, se abo

nará el subsidio a todos los huelguistas, sin excepción alguna y añade que:

«Sin jactancias, podemos mostrarnos satisfechos de la excelente disciplina y cohesión de los huelguistas durante las tres semanas transcurridas, por lo que sería ocioso pedirles sigan procediendo con arreglo a las órdenes de la organización, que ha de conseguir que éste justificado y unánime movimiento de reivindicación económica tenga el mismo remate de serenidad y firmeza con que comenzó.»

La Unión Patronal de las Artes del Libro por su parte da esta nota:

«La Junta directiva de esta Sociedad advierte nuevamente a los patronos de Artes Gráficas que, a pesar de haber terminado sus sesiones la Conferencia Nacional de Salarios mínimos, la huelga de Madrid continúa sin resolverse y, por tanto, los patronos deben esperar órdenes de esta Patronal para reanudar el trabajo.»

La Comisión de Reclamaciones de los obreros de Artes Gráficas publica esta otra nota:

«Algunos periódicos han afirmado que los aumentos concedidos por la Conferencia Nacional de Salarios—21 por 100—son mayores que los que reclamaban los obreros. Este error tiene por causa una confusión explicable. Los aumentos que hace dos años pidieron los obreros eran mucho mayores que ese 21 por 100; pero ese 21 por 100 es superior al aumento «provisional» de una y dos pesetas que los obreros propusieron para evitar la huelga y esperar el resultado de la Conferencia, cosa que rechazó la Patronal y que aceptaron, en cambio, más de sesenta establecimientos tipográficos, que no han cesado de funcionar.»

Nosotros estimamos oportuno terminar esta reseña del actual estado del conflicto añadiendo que la prensa diaria entendemos no presta el justo apoyo a la solución de la huelga defendiendo la labor de las Revistas y el sacrificio que les representa el pagar más caro y acaso perder sus abonados y anunciantes por no aparecer el periódico a su tiempo.

El Gobierno tampoco se ocupa nada más que de solucionar la mejora de los obreros: démosla por justa; pero con ella viene la elevación, *a capricho* la mayoría de las veces, por los patronos, a las Revistas; éstas tendrán que elevar sus precios y correrán el riesgo de perder anuncios y suscriptores. Tampoco fija el Gobierno su atención ni defiende la labor de las Revistas, y cuantas veces se repita el conflicto sucederá lo de ahora.

Nuestro director se ha dirigido al señor ministro del Trabajo, en gestión hasta ahora personal, pero solicitando que las demás Revistas le acompa-

ñen en esta intervención, para que el Gobierno tome *un poco* en cuenta nuestra parte en el pleito y si entre la Prensa hubiera la debida unión, contra la que todos, más o menos inconscientemente laboran, otro gallo nos cantara en el presente y para lo porvenir, en el que se nos reserva indefinidamente nuestro papel de los más perjudicados.

DECIO CARLAN

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 7 de Febrero de 1931.

OSTEODISTROFIA FIBROSA

Dr. J. Goyanes Capdevila: Aun cuando este proceso es bastante frecuente y cada día se publica más en la clínica, no tiene sin embargo un historial nosológico, por lo menos en nuestro país, para que no merezca nuestra atención.

Dos son los objetos principales de esta comunicación: el aspecto anatomopatológico de la osteodistrofia fibrosa, de un proceso tan discutido, complejo y difícil, y la exposición de algunos casos clínicos personales, de interés grande, por haber llevado a discusiones y divergencias diagnósticas por varios anatomopatólogos de prestigio internacional, en especial al presentar el problema de este proceso, particularmente de una de sus dos formas: la forma localizada de la osteodistrofia fibrosa o forma pseudoneoplásica, por ser confundible clínicamente en la mayoría de los casos con verdaderos procesos tumorales de los huesos.

Desde la primera descripción de este proceso por Recklinghausen se conocen aplicaciones que han llevado a una precisión nosológica y a diferenciarle de otros con que anteriormente se confundía.

El principal estudio de la osteodistrofia fibrosa se refiere a la forma localizada; también existe una forma generalizada, o enfermedad de Recklinghausen generalizada, con relación íntima con la forma localizada, o enfermedad de Recklinghausen localizada; discútese si estas dos formas clínicas son manifestaciones de la enfermedad general o son procesos diferentes. Ambas formas se diferencian claramente de la osteomalacia, del raquitismo, con las que anteriormente se confundían; hoy se consideran como procesos distintos y diferentes a la distrofia general fibrosa. Ahora bien, la enfermedad localizada de Recklinghausen tiene parecido con la enfermedad de Paget, con grandes analogías anatomopatológicas; es en muchas ocasiones imposible de diferenciarlas.

La enfermedad local de Recklinghausen tiene relaciones con los tumores; se confunden sus lesiones histopatológicas con los sarcomas de mieloplaxas de los huesos; en otras formas de la osteodistrofia localizada de Recklinghausen la formación fibrosa es tan intensa que se impone la creencia del proceso neoplásico maligno, pero la evolución no lo confirma.

La enfermedad de Recklinghausen es una degeneración fibrosa de la médula ósea, con substitución progresiva por tejido fibroso y engrosamiento perióstico considerable; es una afección sistemática de los huesos en la que las alteraciones se fijan no sólo en el hueso sino también en la médula ósea y periostio.

LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15^e)

NATIBAÏNE

ÚNICA ASOCIACIÓN DE
DIGITALINE NATIVELLE
Y DE
OUABAÏNE ARNAUD

Draeger.

Antiatерomatoso.
Hipotensor.
Descolorante.
Diuretico.
Modificador de la endoarteria.
Modificador mineralo-tejidualar.

M x A
13-14

M n A
7-8

GOTAS: en dosis de 10 à 25.
COMPRIMIDOS: de 3 à 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Silicyl

Medicación
de **BASE** y de **RÉGIMEN**
Estados Arterioesclerosos
y **Carencias Silíceas**

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas.

Poderoso Antineurálgico

ION - CALCINA PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTUM PALLARES

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

Asociación
Digitalina-Uabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

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

Muestras y
literatura:

J. M. BALASCH
Agente general para España.

Diagonal, 440.
BARCELONA

YODEOSAL

uso
externo

COMPUESTO DE YODO-MENTOL-ETER SALICILICO YALCANFOR Calma al instante
cura Catarros, Reuma, Neuralgias. Es mejor
que la TINTURA DE YODO. No mancha la piel, ni quema.

Dosis: 5 a 10 c. c. en **fricción suave.**

Muestras a petición a ANTONIO CAMINERO. — Bretón de los Herreros, 10. — MADRID

Ayuntamiento de Madrid

Expongamos con el aparato de proyecciones las lesiones fundamentales anatomopatológicas de la forma local de la enfermedad de Recklinghausen, fijando los caracteres clínicos de la enfermedad con la exposición de cuatro casos clínicos que nos llevan a afirmar que este proceso es la forma difusa en la que, a igual que la forma generalizada, se realiza acaso por trastornos metabólicos, teniendo por base modificaciones de las glándulas paratiroides.

LOS VÓMITOS Y EL HIPO EN EL HIPERTIROIDISMO

Dr. G. Marañón y Posadillo: Me voy a ocupar de dos síntomas: el vómito y el hipo en sus relaciones con el hipertiroidismo. Dos síntomas que no añaden nada nuevo a la descripción clínica del hipertiroidismo, pero de algún interés patogénico y terapéutico.

El vómito en la enfermedad de Basedow y en todas las formas del hipertiroidismo se describe desde hace tiempo y con una frecuencia del 15 por 100; los autores se limitan a dar esta proporción sin más detalles sobre sus características ni patogenia.

Habiendo observado 100 hipertiroideos, hemos investigado la existencia de vómitos, fijando especial atención del enfermo sobre este síntoma. Es regla casi general que los enfermos nada refieren espontáneamente sobre el vómito. Preguntados a este respecto hemos hallado que 36 tenían historia de vómitos más o menos marcados.

Estos vómitos en unos hipertiroideos son, según nuestra experiencia, simples vómitos relacionados con estados dispépsicos, frecuentes en estos enfermos. Hace más de quince años refería la frecuencia de la hiperclorhidria en el hipertiroidismo. Hecho que han confirmado varios autores. Muchos hipertiroideos presentan el síndrome hiperclorhidria o lo hacen en el sentido de hipoclorhidria y aun de anaclorhidria con las alteraciones funcionales y digestivas de estos estados secretorios y, además, vómitos. Ahora bien, estos vómitos que se pueden llamar vulgares de los hipertiroideos no tienen diferencia con los vómitos corrientes.

Otros hipertiroideos también presentan vómitos, pero vómitos paroxísticos. Son enfermos que no tienen ninguna alteración digestiva o bien son muy ligeras y bruscamente presentan crisis de vómitos; tan bruscas, que recuerdan la crisis de vómitos paroxísticos de los tabéticos. En los 36 enfermos hipertiroideos con vómitos, siete los presentan en forma de vómitos paroxísticos; los 29 restantes lo eran de forma habitual.

La patogenia de estos vómitos en los hipertiroideos es desconocida; se relacionan con perturbaciones de origen central o de desequilibrio neurovegetativo, a igual que sucede en las crisis paroxísticas de los tabéticos. Kurschmann los relacionaba con la acidosis del hambre. Nosotros los consideramos como dependientes de un estado de acidosis, frecuente en el hipertiroidismo. Esta acidosis del hipertiroidismo fué vista por varios autores y en nuestra clínica hace tres años por Morros y Moya; encontraron que muchos hipertiroideos tienen el equilibrio ácido-básico en dirección acidósica. Acidosis hipertiroidea que han confirmado varios investigadores, y hoy se admite que los hipertiroideos presentan estados acidósicos más o menos duraderos, capaces de explicar varios síntomas de la enfermedad, como la ansiedad y los trastornos respiratorios de los hipertiroideos graves, y, casi con seguridad, los accidentes gravísimos y la muerte brusca de estos pacientes.

Patogenia en relación a la acidosis que aplicamos a los vómitos paroxísticos de los hipertiroideos. Sin embargo, no hemos podido todavía comprobarla en clínica; no nos ha sido dable asistir a una de estas crisis de vómitos paroxís-

ticos de los hipertiroideos, pero parece patogenia indudable.

¿A qué se debe este estado acidósico de los vómitos paroxísticos de los hipertiroideos? Consideramos que esta acidosis es una acidosis por hipoglucemia. Los hipertiroideos son enfermos que agotan con facilidad sus reservas glucogénicas; cuando llegan a cierto nivel no pueden metabolizar las grasas y se inicia la acidosis. Hipótesis que no podemos hoy considerar como segura. Ya Parrón, alimentando animales con extracto tiroideo, consigue agotar sus reservas glucogénicas. Hecho recientemente comprobado también experimentalmente por Morros. Cuando a un conejo se le somete a la acción continuada de tiroxina, la cantidad de glucógeno hepático disminuye y en el transcurso de los días llega a desaparecer totalmente. Es absolutamente seguro que el hipertiroidismo es una de las causas de agotamiento de las reservas glucogénicas del hígado; con ello, la disminución de la glucemia en ayunas; finalmente, la hipoglucemia y la acidosis. Es una más de las acidosis por hipoglucemia.

Esta misma patogenia de los vómitos paroxísticos de los hipertiroideos fué entrevista por Kurschmann e igualmente por Hernando en 1926, lo que se ve confirmado en la actualidad, tanto experimentalmente como por los resultados terapéuticos.

Fenómeno ligado con los vómitos paroxísticos de los hipertiroideos es el hipo de estos enfermos. Síntoma que no figura en las descripciones clínicas de la enfermedad de Basedow. Sin embargo, es numeroso el tanto por ciento de enfermos que presentan hipo e hipertiroidismo. La razón de la no descripción en los trabajos sobre el asunto es que los enfermos no lo refieren; precisa preguntar por este síntoma. En esta situación hemos encontrado que bastantes hipertiroideos tienen hipo; algunas veces es hipo intenso y tan molesto que lo llega a citar el enfermo como en un caso personal.

Para precisar la relación del hipo e hipertiroidismo hemos investigado el síntoma en 150 de estos enfermos, y 16 hipertiroideos nos han aquejado el hipo con intensidad variable. ¿A qué se debe el hipo en el hipertiroideo? Acaso tiene relación con los fenómenos acidósicos. La mayoría de estos casos con hipo son los mismos que también presentaron vómitos paroxísticos, si bien aparecieron en los enfermos graves e intoxicados por el hipertiroidismo y referibles al estado acidósico.

El hipo como síntoma de acidosis no es muy conocido por los clínicos. En la semiología de la acidosis se cita poco el hipo. Cuando se presenta este síntoma se piensa en otras causas. Creemos que la mayoría de los casos de hipo es por acidosis; tal ocurre con el hipo en la fiebre tifoidea, especialmente en los sometidos a una alimentación pobre. Relación que ha puesto claramente de manifiesto Annes Díaz.

El hipo en los enfermos hipertiroideos lo consideramos típico por acidosis. En un caso clínico reciente lo hemos comprobado desde el punto de vista patogénico. Una hipertiroidea aguda, intensa, inicia el trastorno tiroideo en la menopausia; presenta crisis intensa de hipo hasta con duración de tres y cuatro días y muy rebelde al tratamiento; metabolismo basal de $+75$ y $41,8$ por 100 de reserva alcalina. Tratada convenientemente con insulina y grandes dosis de hidratos de carbono, el hipo cede rápidamente; hace dos meses que no ha vuelto a aparecer; coetáneamente ha habido aumento de peso; el metabolismo basal ha bajado a $+16$, y la reserva alcalina es $52,6$ por 100, con mejoría intensa del cuadro clínico del hipertiroidismo.

Se comprende que estos dos síntomas no añaden nada

nuevo a la enfermedad de Basedow, pero ponen en camino del conocimiento de los fenómenos de acidosis en estos enfermos y, además, llevan a buen tratamiento por el método del enriquecimiento glucogénico del hígado, mediante la insulina y el régimen rico en hidratos de carbono, o bien por la insulina y el suero glucosado. Ahora bien, tratados únicamente por la insulina, se les expone a los peligros de la acidosis por ser enfermos del tipo más sensible al choc insulínico. La insulina con ingestión de hidratos de carbono o con gran cantidad de suero glucosado es la manera de evitar estos accidentes de hipoglucemia.

Gran valor tiene este tratamiento en los enfermos hipertiroides en todo momento de su vida y en especial antes de ser operados; en esta fase deben someterse a la investigación del metabolismo basal, de la glucemia y de los fenómenos acidóticos, y de existir estos últimos debe procederse a la cura de enriquecimiento glucogénico del hígado, con lo que se disminuirán los peligros del postoperatorio.

Dr. T. Hernando Ortega: El tener algunos casos relacionados con el asunto presentado nos obliga a decir algunas palabras. Los vómitos en la enfermedad de Basedow vienen siendo conocidos, especialmente desde los trabajos de Zalder; pero los vómitos paroxísticos de los hipertiroides, el primero que ha publicado casos de esta naturaleza ha sido Marañón en 1921 describiendo la forma digestiva de la enfermedad de Basedow. Posteriormente presentábamos casos, con vómitos y diarrea, con aumento del metabolismo basal y desnutrición consecutiva, a veces con peligro para la vida.

Al lado de los vómitos corrientes, en la enfermedad de Basedow hay los vómitos de tipo paroxístico, de los que hemos visto tres casos clínicos muy típicos. Uno de tal gravedad que puso en peligro la vida del enfermo, y que curó con hielo en región tiroidea, insulina y suero glucosado; otro caso de vómitos accesorios, que también curó; otro curó con radioterapia.

Debemos insistir en estos casos clínicos cuyo principal síntoma es el vómito; vómito que obliga al médico a pensar en varios procesos y que nunca debe olvidar la posibilidad de tratarse de una enfermedad de Basedow. Es lo corriente pensar en un proceso intestinal.

En cuanto a la patogenia de los vómitos paroxísticos es lo más verosímil la patogenia acidótica expuesta por Marañón, y como tal realizar el tratamiento.

Al lado del vómito tenemos el hipo en los hipertiroides. Síntoma que no se encuentra descrito en ninguna parte al ocuparse del hipertiroidismo. Es muy interesante este síntoma, y lo hemos encontrado en forma de hipo manifiesto en los hipertiroides con vómitos paroxísticos.

Son muchos los enfermos con hipo, y ante ellos debemos sospechar la crisis acidótica. Así tenemos los casos de hipo operatorio. Antes se pensaba en la peritonitis, que si bien es muy lógico, la realización de la reserva alcalina en el curso postoperatorio ha demostrado que se trata en muchos casos de verdadera acidosis. Es el hipo postoperatorio, que casi en verdad debemos asimilar al hipo acidótico. El hipo también es muy frecuente en los enfermos urémicos, que acaso también tenga relación con la acidosis, pues sabemos que siempre que hay dificultad en la eliminación renal se establece un estado de acidosis. Es también el hipo de los operados de vías urinarias; en ellos es sabida la frecuencia de la uremia y el hipo.

Es interesante recordar el hipo en las enfermedades del hígado, y el mismo Hipócrates habla del hipo en las enfermedades del hígado fijando muy mal pronóstico, que nosotros aceptamos por su relación con los estados de acidosis.

Dr. G. Pittaluga Fattorini: En gran cantidad de hipertiroidismos agudos del tipo de basedowismo larvado con frecuencia se ven estados anémicos que, etiológicamente, se pueden relacionar con formas latentes de infección tuberculosa. Igualmente en la tuberculosis exudativa es frecuente el hipertiroidismo agudo. Dos grupos de enfermos en los que la investigación química de la sangre muestra alteraciones de equilibrio ácido-básico y siempre disminución de la reserva alcalina. Sería muy oportuno en el campo etiológico investigar las relaciones de la reserva alcalina en la infección tuberculosa e igualmente la intervención del factor tiroideo.

Con frecuencia estos hipertiroides hemos visto que mejoran con el tratamiento insulínico; es posible que sea por la regulación ácido-básica que la insulina ejerce en estos organismos.

Dr. J. Codina Castellví: En nuestro sanatorio estamos realizando una serie de investigaciones sobre el equilibrio ácido-básico en los tuberculosos pulmonares, cuyos datos presentaremos en sesión próxima, en especial en cuanto a su relación con los vómitos e hipo de estos enfermos.—
M. Aceña.

**

INSTITUTO ANTITUBERCULOSO DE LAS PEÑUELAS

CONFERENCIA DEL DR. VERDES-MONTENEGRO

El notable fisiólogo Dr. Verdes-Montenegro disertó en el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas acerca de «Las infiltraciones precoces de la tuberculosis pulmonar».

Tras un sencillo exordio comenzó el Dr. Verdes Montenegro el desarrollo de su conferencia, afirmando la frecuencia de las infiltraciones precoces como forma inicial de la tuberculosis pulmonar de los jóvenes.

Deducido de esto expuso la absoluta necesidad que existe de radiografiar a todos aquellos individuos que sufren una febrícula vespertina, pequeña e insidiosa. Esta variedad de comienzo de la tuberculosis pulmonar, casi privativa de los jóvenes, se caracteriza por la pobreza de síntomas clínicos, siendo de este modo la radiografía el único procedimiento para poder efectuar un diagnóstico precoz y seguro.

A continuación penetró ampliamente en el estudio evolutivo de esta forma de la tuberculosis pulmonar, exponiendo con todo lujo de detalles clínicos y doctrinales las diferentes modalidades de resolución. Puede curar por reabsorción o por fibrosis, pero en la gran mayoría de los casos esta forma evoluciona progresivamente mal, dando lugar a la formación de cavernas y a la producción de bronconeumonías de una extensión considerable.

Estas infiltraciones pueden ser debidas a reinfecciones producidas, ya con gérmenes nuevos, venidos del exterior, ya por gérmenes propios desprendidos de focos endógenos.

Como documentos gráficos, ilustrativos de los datos expuestos, fueron proyectadas gran número de radiografías, que oportunamente eran comentadas por el disertante.

Pasó a continuación a referirse al tratamiento de esta enfermedad o, mejor dicho, de esta modalidad clínica de la tuberculosis pulmonar. El reposo tiene una importancia básica en la terapéutica de las infiltraciones precoces. La elección del momento en que puede o debe ser practicado el neumotórax es igualmente de una trascendental importancia.

En último término llama insistentemente la atención sobre el hecho de que, por lo general, los primeros síntomas objetivos no corresponden, ni mucho menos, al período inicial de la infección. Por lo general coinciden con períodos

más o menos avanzados de su evolución clínica, no siendo excepcional, ni mucho menos, que en el momento en que se radiografía a un enfermo, que hasta entonces apenas si ha dado síntomas, se encuentren unos pulmones en pleno período de cavernización.

El Dr. Verdes - Montenegro fué extraordinariamente aplaudido.

CONFERENCIA DEL DR. PARTEARROYO

Sobre el tema «Tuberculosis biliar y parabiliar» disertó en el ya mencionado centro el Dr. Rodríguez de Partearroyo.

Igualmente, tras un brevísimo exordio de saludo para los médicos que tan asiduamente vienen asistiendo a las conferencias de este cursillo organizado por el Cuerpo facultativo del Instituto Antituberculoso de las Pefuelas, comenzó el Dr. R. de Partearroyo su disertación.

En primer lugar hizo resaltar la importancia que tienen las localizaciones biliares y parabiliares en el proceso tuberculoso. Insistió sobre su frecuencia y las relaciones que ella pueda tener con la discutida ley de Parrot y la teoría de la adenitis tráqueobronquial como lesión primaria de la tuberculosis pulmonar. En el estudio crítico de ambas teorías, ley de Parrot y adenitis tráqueobronquial, ocupa el conferenciante algunos párrafos de su lección, exponiendo los pros y contras que la ciencia experimental y la clínica pueden aportar a este debate valorativo de las teorías patológicas de la localización pulmonar de la tuberculosis.

A continuación efectúa un estudio detenido del hilio normal. Estudia las cualidades de la imagen radiográfica que éste proporciona. Considera que está formada por pulmonares, citando gran número de pruebas en apoyo de su aserto.

Refiere a este propósito unos experimentos efectuados en colaboración con el Dr. Mifiana sobre el perro vivo, los cuales demostraron claramente los factores anatómicos productores de la imagen radiográfica de la región del hilio.

Estos hechos ponen en evidencia la posibilidad de dejar de efectuar la arteriografía pulmonar, fácilmente y sin peligro, con las consiguientes ventajas para el diagnóstico.

Presenta después gran número de radiografías de diversas formas de tuberculosis hiliar, tanto activas como inactivas y proliferadas. Refiere el hecho de que muchas radiografías que se creen patológicas no lo son. Para interpretarlas, más debe servir de guía la deformidad radiográfica que el tamaño.

Fuó muy aplaudido.

INSTITUTO DE MEDICINA PRÁCTICA

Sesión del 27 de Noviembre de 1930.

CONCEPTO DE LA UREMIA

Conferencia pronunciada en el curso de Cardiología Durán Arrom.

Dr. N. Serrallach Mauri: La uremia o urea en la sangre puede conceptuarse sólo esquemáticamente, dada la importancia y extensión del tema para una conferencia. Lo difícil no es diagnosticar una uremia, sino clasificar el síndrome urémico. La urea produce siempre accidentes tóxicos que se resuelven en concentrar creatinina, ácidos, haciendo perder color a la orina, cansancio muscular y edema. Muchos autores han discutido desde antiguo la clase de intoxicación y mecanismo de éste a causa del exceso de urea en la sangre. Bouchard, gran médico experimental, estudia la orina, su coeficiente, y explica el concepto de filtración, asegurando que la permeabilidad renal en caso de uremia

está desligada en realidad de ésta. León Bernard insiste en el hecho biológico de las secreciones. Las diastasas y su poder proteolítico intoxican los tejidos y no la sangre, en que si circulan no se fijan, y de ahí que los antiférmicos sean de utilidad terapéutica en los urémicos y en los intoxicados de tejidos y músculos.

La uremia se dibuja como una descompensación o ligera nefritis o produciendo carbonemia en el riñón, que obliga a requerir más sangre oxigenada, o como endocarditis trascendiendo sobre el riñón o en forma de embolias diversas. Es de importancia en la génesis de la uremia el hígado, que como barrera antitóxica es coraza y defensa del organismo, puede dañar éste al ser insuficiente o estar lesionado. El hígado lo desintegra todo por la presión de la vena porta y entre otras sustancias a la urea (ácidos albuminados y albumosos). En este concepto la génesis de la uremia es hepática, pero por otro lado es la alteración del tenor sanguíneo, la hidremia, lo que mantiene la urea ineliminable. La congestión renal puede conservar el poder de concentración de urea y complicarse de hiperazotemia o retención de urea en la sangre o tejidos y aumento en el tenor de aquélla, y también de hipocloruremia o defecto de sal o falta de cloro de Vidal. Hay, pues, un primer período sin importancia en la uremia. Se advierte en el edema en los tejidos del cerebro, córtex cerebral con criestesis, neuralgias y, sobre todo, eclampsias. En la uremia de los centros nerviosos y uremia endocrínica. Puede descender el edema de la glotis, pulmón, y alteración de la sangre y suero revestir la forma de la afección pulmonar. También reviste la de afección hepática y cardíaca y gástrica (que el olor a urea de ciertos enfermos lo revela). Se ha clasificado la uremia en grande y pequeña, endocrínica (Epstein), nefrítica, húmeda o edematosa. En realidad hay verdaderas y supuestas. La interesante y real es la inflamatoria o nefrítica con hemorragias y roturas vasculares, endoarteritis, acidosis fisiológica y vómitos urémicos, pero que ceden a 20 unidades de insulina.

Debe analizarse la función renal entonces y atender para un tratamiento al historial de cada enfermo. Por el estado de los tejidos se verá la clase de toxemia que invade la permeabilidad vascular. La verdadera uremia es soporosa y con cierta fiebre en los defectivos de evacuación, como en prostáticos urémicos por infección.

El tratamiento: Los urémicos intoxicados ganan con el reposo, y evitando el frío mejoran los endocrínicos. Deben evitarse las fermentaciones y deodoración violenta o drástica a lo Vidal, pero sí hacerlo muy racionalmente según los enfermos. La dieta provoca al prolongarse acidosis. La desintoxicación, pues, debe ser muy lenta y muy inteligente. En las convulsiones corticales, la sangría y citrato de sosa y también lactato de estroncio. En la nefritis puede llegarse a una transfusión de sangre que ha de influir en la diuresis, como se ha probado. La insulina en los vómitos, y por fin, en el diabético urénico las medicaciones que el caso requiera.

BARCELONA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 3 de Febrero de 1931.

EL TRATAMIENTO OPERATORIO DE LAS FÍSTULAS VÉSICOVAGINALES

Prof. Dr. José M. Bartrina: Respecto a la anestesia, prefiere la raquianestesia. Un inconveniente puede tener esta anestesia dada su tendencia a provocar deposiciones diarreicas: la posibilidad de la entrada de materias fecales

en la vagina cuando se opera en posición de Trendelenburg y por vía alta. Para evitarlo basta practicar un taponamiento vaginal antes de poner a la enferma en posición inclinada.

Respecto a la preparación de la región operatoria para hacer la fístula lo más accesible posible, las dificultades que se presentan en la cura operatoria de las fístulas vésicovaginales pueden depender de su localización alta, de sus adherencias con las paredes de la pelvis, en especial a la rama isquiopubiana, y de las estrecheces y deformaciones de la vagina por bridas y placas cicatrizales. Con respecto al primer punto conviene saber decidirse por la vía según la cual será más accesible la fístula. En cuanto a las estrecheces y deformidades vaginales provocadas por las cicatrices, aparte los cuidados preoperatorios, es preciso poner especial cuidado en dilatar y regularizar la vagina antes de la operación: dilatación lenta con tapones de gasa o bolas dilatadoras de Bozeman, etc. De todas formas, el disertante se muestra partidario de recurrir a las maniobras cruentas por poco que se juzgue conveniente: incisiones liberatrices, movilización de la vejiga al objeto de aproximar los bordes de la fístula, sección o resección del labio anterior del cuello uterino para descubrir las que se hallan escondidas por debajo de él, practicar una amplia incisión paravaginal como en el segundo tiempo de la colpohisterectomía total por el procedimiento de Souchard-Schauta, o bien recurriendo a un desbridamiento vulvovaginal, como propuso Chaput, y que, en general, es el procedimiento utilizado por el disertante, logrando por él un campo operatorio enorme.

Respecto a las reglas para el avivamiento y la sutura dice que en los casos sencillos es suficiente el avivamiento simple; no obstante, es más seguro practicar el desdoblamiento de la pared vésicovaginal y suturar la vejiga por separado. Por poco que el caso sea difícil, este procedimiento es necesario, teniéndose incluso que llevar en ocasiones el despegamiento bastante lejos para que los bordes de la abertura vesical puedan aproximarse sin que los hilos de sutura ejerzan tracciones. El avivamiento es el tiempo esencial de la operación de las fístulas vésicovaginales; si está bien practicado, si se han hecho los despegamientos o las incisiones liberatrices necesarias, la sutura resultará fácil y la fístula curará. En algunos casos de extensa adherencia de la fístula a la rama isquiopubiana, el despegamiento puede ser muy difícil; entonces, por poco que las circunstancias se presenten, el disertante aconseja el siguiente procedimiento: la semicircunferencia anterior y adherente de la fístula se deja intacta y se hace servir de base a un colgajo que se corta de una porción de la pared vaginal situada por delante, después se aviva la semicircunferencia posterior, y una vez efectuado en ella el desdoblamiento, se invierte el colgajo y se sutura de modo que la cara cruenta quede del lado de la vagina y la revestida de mucosa mire hacia la cavidad vesical, tapando exactamente la abertura de la fístula. Luego, establecido ya este primer plano de oclusión, la pared vaginal despegada por desdoblamiento se aplica por encima formando con ella un segundo plano de refuerzo y de protección del anterior. Además, algunos hilos de la primera sutura se dejarán largos, para con ellos atravesar la pared vaginal que se aplica por encima y, entonces, anudando los dos cabos de cada punto sobre una tirita de goma del espesor de un mondadientes, cortada de un tubo de drenaje, se obtiene una perfecta coaptación de las caras cruentas y un cierre completo de la fístula, aunque el plano superficial no puede cubrir toda la superficie del colgajo invertido. Este recurso debe usarse con discreción para no comprometer la vitalidad de la pared de la vagina despegada y movilizada por encima

del colgajo invertido. También debe tenerse en cuenta que la base de éste coincide con el borde escleroso de la fístula, por lo que deberá dejarse de buen espesor para no comprometer la vitalidad del mismo. El disertante emplea para la sutura de las fístulas vésicovaginales una aguja de Reverdin fina y casi recta. De momento sorprende esta recomendación, pero no es así cuando explica que él hace pasar el hilo de sutura en cada labio por separado. Unas robustas pinzas de disección, con dientes, preparan la maniobra asiando en la dirección conveniente el espesor de tejidos que se desea cargar; entonces el ayudante, con las tijeras cerradas, rechaza los demás tejidos por delante si es preciso, y acto seguido el operador atraviesa la base del pellico o el grueso de la pared comprendido en la pinza con la aguja de Reverdin, procurando que ésta profundice suficientemente; abierto el agujero de la aguja y tomada ésta con la mano izquierda, el mismo cirujano puede con la derecha presentar una pequeña asa de hilo montada en la extremidad de una pinza de Pean larga para ser enhebrada. Emplea el catgut para la sutura profunda y muchas veces también para la superficial.

Respecto al plan a seguir según la localización de la fístula, dice que ordinariamente será la vía vaginal. No ha empleado la isquiorrectal, pero duda ofrezca ventajas sobre la anterior. En las fístulas consecutivas a la histerectomía abdominal total, Leguen aconseja la vía transperitoneal; el consejo es racional, pero la intervención es grave. En los demás casos de fístula alta es preferible comenzar por vía transvesical. Una vez abierta la vejiga y después de rechazar hacia ella la fístula, a beneficio de tapones de gasa introducidos en la vagina con una pinza larga, se podrán juzgar las dificultades que ofrece el operar por el lado de la cavidad vesical, decidiéndose, si se opera por dicha vía o bien por vía baja, como es la corriente, ayudando la operación a su vez, inversamente, con presiones moderadas sobre la fístula ejercidas desde la vejiga. La abertura vesical no será nunca un tiempo perdido, ya que en estas localizaciones altas de las fístulas vésicovaginales la intervención se practica muchas veces como se puede y no como se quiere, por lo que el establecimiento de un drenaje hipogástrico de seguridad constituirá siempre un buen recurso para ayudar al cierre de la fístula. Existe una localización en la que esta forma de proceder es indispensable: la fístula uretrovésicovaginal. Actualmente obtiene la curación de las fístulas uretrovésicovaginales por la derivación hipogástrica de las orinas. Aparte las dificultades propias de cada caso, lo que compromete en todos ellos el éxito de la operación por la vía vaginal ordinaria es la presencia de la sonda en contacto con los tejidos de la uretra suturados. Conviene, bien es verdad, hacer las suturas sobre una sonda uretral, pero tan pronto como se han terminado debe retirarse ésta y derivar la orina por otro lado.

Respecto a los cuidados postoperatorios dice que, sobre todo, debe vigilarse la derivación de las orinas; si se ha empleado la sonda uretral es preciso cuidar de que ésta quede bien colocada y de que no se obture por las sales de la orina. Lo primero se logrará, sencillamente, usando sondas de Petzer o de Mallecot; lo segundo, cambiando con frecuencia la sonda, haciendo muchos lavados y palpando al hacerlos cada vez la sonda para conocer las incrustaciones de sus paredes.

Discusión.—**Dr. Trenchs:** Afirma igualmente el que la incisión paravaginal, abriendo la fosa isquiorrectal y rechazando el recto a un lado, ofrece un campo operatorio muy amplio.

Dr. Terradés: Cierta y sensiblemente de los cuidados postoperatorios depende el éxito de la intervención. No debe desesperarse nunca de curar una fístula vésicovaginal por

grande que sea. Se muestra muy partidario de la vía vaginal.

CÁNCER PRIMARIO DEL HÍGADO

Dr. J. Trenchs Codofies: Se trata de un hombre que padecía molestias abdominales, presentaba un pequeño abultamiento en el epigastrio hacia el lado izquierdo y centro, notándose por palpación una tumoración fluctuante, redonda, dolor intenso por delante y detrás hacia la espadilla. Nada de ictericia, eosinofilia algo elevada, Weimberg y Cassoni negativas. Por radiología daba la impresión de una masa algo transparente, siendo este hecho y una pequeña confusión habida entre el laboratorio y el médico de cabecera acerca de la negatividad de la reacción de Cassoni, y por tratarse de una tumoración con fluctuación, por lo que se pensó en una bolsa quística. La intervención, la necropsia y el estudio histológico de las piezas patológicas comprobaron la existencia de un cáncer primitivo del hígado. Este enfermo, durante el curso postoperatorio, contrajo una pulmonía, muriendo. Cita el caso por la rareza del cáncer primitivo del hígado y, además, por la existencia de una masa caseosa que a los rayos X dió la impresión de un quiste hidatídico.

Discusión.—Dr. M. Corachán: Cita un caso semejante al presentado.

* *

SOCIEDAD DE BIOLOGÍA DE BARCELONA

Sesión del 6 de Febrero de 1931.

PAPEL DEL TUBO DIGESTIVO EN LA CONCENTRACIÓN GLOBULAR Y EN LAS VARIACIONES DE CLORO Y SODIO DEL «SHOC» HISTAMINICO

Dres. Domenech Alsina y J. Raventós: Las experiencias han sido realizadas en perros y bajo anestesia de clorhidrato de histamina. Los experimentos realizados demuestran la independencia entre la hipotensión sanguínea, característica del «shoc» y la concentración globular. Se provocan en el animal sin tubo digestivo estados de «shoc» bien característicos, sin que tenga lugar simultáneamente una concentración globular. Esta independencia, ya señalada por Dale y Laidlaw, aparece en estas condiciones experimentales con especial claridad. También permiten negar la importancia de la disociación cloro y sodio en la génesis de la acidosis del «shoc», importancia que había sostenido uno de los disertantes. La extirpación del tubo digestivo evita la disociación entre las cifras de cloro y sodio, y a pesar de esto la acidosis continúa siendo intensa. La reserva alcalina disminuye considerablemente, como han podido comprobar repetidamente los disertantes, incluso en los casos de extirpación parcial (dejando el estómago), la reserva alcalina disminuye, a pesar de aumentar el tanto por ciento de sodio hemático.

LOS LIPOIDES EN LA INMUNIDAD

Dres. P. González y M. Armangue: Los disertantes demuestran que la propiedad que tienen los antígenos normales de producir en el organismo el desarrollo de anticuerpos (hemolisinas en este caso) depende, además de ellos mismos, del complejo que forman con las demás sustancias que les acompañan, sin que éstas obren o intervengan de otra manera que como agentes inertes. Empleando lipoides, absorbidos por el caolín, han llegado a resultados idénticos a los de Landsteiner y Simms, trabajando desde otro punto de vista con suero de cerdo o suero humano.

Cuando la mezcla del caolín ha sido hecha después de la emulsión del residuo alcohólico, no se ha notado diferencia entre los conejos tratados con caolín y lipoides y aquellos

que han recibido lipoides sólo; cuando el caolín ha sido añadido a la solución alcohólica antes de su evaporación y mezclados íntimamente con los residuos, los resultados han sido demostrativos de la influencia que se pretendía demostrar. Opinan que en los estudios de obtención de hemolisinas por medio de lipoides debe tenerse en cuenta la substancia inerte que los lleva absorbidos.

UN MODELO DE PIPETA DE COMBUSTION PARA STANDARDIZAR APARATOS DE METABOLISMO DE CIRCUITO CERRADO

Dr. J. Pi-Suñer Bayo: Las pipetas utilizadas por Benedict y por Meyer tienen algunos inconvenientes. La primera es muy complicada y la segunda logra la ascensión del alcohol por capilaridad, dificultando el utilizar mecha de amianto, que no se quema y no produce ningún error ni corrección en el cálculo. Para obviar estos inconvenientes, el disertante presenta un nuevo modelo de pipeta que actúa como frasco de Mariotte, con el cual consigue una presión constante. Noyons ha propuesto también un modelo parecido. El tipo de la pipeta es muy ingenioso y permite trabajar con él al interior y al exterior.

NOTA SOBRE LA SÍNTESIS «IN VIVO» DE LOS ÁCIDOS AMÍNICOS

Dres. J. Raventós y Srta. Montserrat Farrán: Siguiendo la idea de Oberhalden han hecho actuar una sal amónica de un oxiácido en el organismo, observando valores de nitrógeno amoniacal, ureico y amínico. Los resultados han sido: ascenso del NH_3 , de la urea y del N amínico que después cae por debajo de los valores iniciales. Formación de urea a expensas del NH_3 .

GLUCEMIA EN LOS ANIMALES INSULINIZADOS

Dres. Jesús M. Bellido y Fernández Riofrío: Han realizado unas experiencias inyectando por vía mesaraica insulina, encontrando una inestabilidad de la glucemia en los animales insulinizados.

* *

SOCIEDAD MEDICO-FARMACEUTICA DE LOS SANTOS COSME Y DAMIAN

Sesión del 5 de Febrero de 1931.

SÍNDROME NEUROENDOCRINO FEMENINO EN LOS FRAUDES ANTICONCEPCIONALES

Dr. Juan Vilató: Bergeret y Molineri y algún otro autor son los que mejor han precisado la etiología y sintomatología del síndrome neuroendocrino en la mujer en el fraude anticoncepcional. Dice que su estudio no es una fantasía clínica. El cuadro clínico está representado por trastornos de hipovarismo, tiroidismo, psíquicos y otros endocrinos, siendo especialmente notable la presencia de colitis. Cita tres historias clínicas de tres enfermas que practicaban el fraude. Respecto a la patogenia del fraude cita las teorías de la acomodación, de la reabsorción y la de la impregnación. La terapéutica queda reducida al consejo y a la opoterapia heterosexual.—*F. Wüst Berdaguer.*

Comisión del paso al Estado de los médicos titulares.

El día 11 de Febrero se celebró la cuarta sesión con asistencia de los Sres. García Durán, Mestre Peón, Ossorio, Bris y Martorell. Excusó su asistencia el Sr. Ruiz Heras.

Se revisó el articulado del tema tercero, *Categorías*, y se

procedió al estudio del tema cuarto, *Nombramientos*, de finiendo las formas de provisión de plazas, los conceptos traslado y excedencia, la revisión de los nombramientos actuales y la situación de los interinos.

Se acordó dividir el tema quinto, *Reglamentación de servicios* en tres apartados: servicios sanitarios, servicios estatales y servicios de asistencia médica, distribuyendo el estudio de los mismos entre los miembros de la Comisión, para que presenten los correspondientes informes.

Teniendo en cuenta que el 15 expira el plazo concedido a los médicos titulares para el envío a la Comisión de sus puntos de vista, notas, sugerencias y proyectos, se acordó que por la Secretaría se formule seriada de cuanto se haya recibido para proceder a su estudio metódico en la sesión próxima.

La Comisión celebrará su quinta sesión el 21 de los corrientes.

COMISIÓN PARA EL ESTUDIO DE LA REGLAMENTACIÓN DE LA IGUALA

Reunidos los señores que la forman, con excepción del presidente, Sr. Pérez Mateos, por enfermedad, y López Paredes por asuntos profesionales, después de dirigir un saludo al Sr. Pérez Mateos, interesándose por su pronto restablecimiento y expresando el sentimiento de la Comisión por su obligada ausencia, acuerdan: Comenzar los trabajos bajo la presidencia del Sr. Ossorio y designar provisionalmente como vicepresidente al Sr. Ibáñez Torres.

Redactar el cuestionario definitivo, para el que ha de servir de referencia el del Sr. Pérez Mateos, y aceptando el ofrecimiento del Consejo General de Colegios.

Abrir una información en los Colegios de cada provincia a la que todos los profesionales que lo deseen puedan aportar cuantas ideas y sugerencias crean convenientes.

El cuestionario definitivo queda redactado en la forma siguiente:

1. Concepto de la iguala:
 - a) Duración y forma de rescisión del contrato.
 - b) Forma y tiempo de pago.
 - c) Indemnizaciones de distancia y locomoción.
2. Clasificación de la iguala:
 - a) Individual.
 - b) Familiar.
 - c) Colectiva.
 - d) Tarifas de Compañías de seguros y accidentes de trabajo.
 - e) Médicos de ferrocarriles y tranvías.
3. ¿Debe mantenerse y perfeccionarse esta forma de prestación de servicios profesionales?
4. ¿Qué servicios deben excluirse de la iguala médica?
5. Reglamentación de la iguala individual y familiar:
 - a) Deberes profesionales que debe abarcar.
 - b) Derechos que deben reconocerse al médico.
 - c) Jornada médica.
 - d) Retribución de servicios profesionales.
6. Reglamentación de la iguala colectiva:
 - a) Constitución, derechos y deberes de la entidad patronal.
 - b) Derechos que deben reconocerse al médico (y deberes).
 - c) Jornada médica.
 - d) Límite numérico máximo y mínimo de asociados que deben asistirse.
 - e) Retribución máxima y mínima que debe fijarse.
 - f) Derecho del médico titular al desempeño de plazas de las entidades organizadoras de la iguala médica.

7. Partidos cerrados:

- a) Razón de su existencia.
 - b) ¿Deben subsistir?
 - c) Derechos mínimos que deben otorgarse al médico.
8. Medios prácticos de implantar la reglamentación de la iguala:
- a) Por disposiciones legislativas (con carácter uniforme o con carácter diverso sujeto a las características regionales o provinciales).
 - b) Por organismos reguladores (Comités paritarios o Comisariats sanitarias).
9. ¿Qué carácter deberán tener los organismos reguladores?:
- a) Organismo central.
 - b) Organismos regionales.
 - c) Organismos provinciales.
 - d) Organismos distritales o comarcales.

10. Misión que cabría a los Colegios Médicos en relación con estos organismos para garantizar la defensa de los colegiados.

11. Función de los Colegios Médicos en defensa de los derechos del profesional y posibilidad de centralizar en los mismos la gestión recaudadora, dándoles para ello personalidad jurídica.

12. Medios prácticos de asegurar al médico—sea cual quiera el sistema elegido—la percepción de sus honorarios por el servicio de la iguala.

13. ¿Debe limitarse la iguala al Municipio donde se ejerce y sirve de base contributiva al médico?

14. Enfermedades e inutilidades contraídas en el ejercicio médico de la iguala.

15. Substitución por enfermedades y permisos.

16. Modelo oficial del contrato de iguala.

Todos los reunidos creyeron conveniente que los temas 6.º y 8.º que se refieren a la reglamentación de iguala colectiva y a los partidos cerrados deben ser objeto del estudio más detenido. Para ello se distribuye el tema en dos ponencias. Una que se refiere a la iguala colectiva, directamente concertada en los partidos médicos y a los partidos cerrados: Ponentes, Sres. López Díaz y Mestres Miquel. Otra que hace referencia a la iguala colectiva, en relación a entidades mutualistas y patronales: Ponentes, Sres. Ossorio y Canal.

En todos los demás puntos que han sido detenidamente estudiados ha habido absoluta coincidencia, habiéndose redactado conclusiones provisionales que serán enviadas a todos los profesionales para que durante el período de información hagan cuantas observaciones crean justas.

Estudiadas éstas en cada provincia o región por los vocales respectivos, se reunirá la Comisión nuevamente el próximo día 8 de Marzo para estudiar las ponencias de los Sres. López Díaz y Mestres Miquel y Ossorio Canal y modificadas las conclusiones provisionales en vista del trabajo aportado a la información. Y en esta fecha se celebrará el número de sesiones precisas hasta terminar la labor por completo.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

REAL ORDEN NÚM. 19

Excmo. Sr.: Considerando conveniente este Ministerio la implantación de algunas modificaciones en la reglamentación de los Dispensarios dependientes del Real Patronato



de Lucha Antituberculosa, y habiendo sometido las reformas que a su juicio habían de contribuir en mayor grado a la buena marcha de los servicios a la Junta Central Administrativa del mismo logrando su completa aquiescencia,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se apruebe el adjunto Reglamento, modificado, por el cual han de regirse en lo sucesivo los Dispensarios dependientes del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa.

Lo que de Real orden comunico a V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 7 de Enero de 1931.—*Matos*.—Señor director general de Sanidad.

REGLAMENTO

por el que han de regirse los Dispensarios dependientes del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa; bases con arreglo a las cuales se constituye la Asociación de Médicos especializados del Real Patronato y relación de señores que la constituyen.

Artículo 1.º El título de Dispensario Antituberculoso únicamente podrá ser utilizado por los centros benéficos gratuitos, autorizados oficialmente por tener la organización apropiada para realizar las funciones que en este Reglamento se encomiendan a dichas instituciones.

Art. 2.º Para los efectos legales, los Dispensarios Antituberculosos serán instituciones benéficas del Estado, Diputación, Municipio, Patronatos o particulares, según la entidad que los hubiese creado o sostenga.

Art. 3.º Los Dispensarios Antituberculosos dependientes del Real Patronato de Lucha Antituberculosa serán centros cuyos servicios estarán exclusivamente destinados a la asistencia de enfermos tuberculosos pobres y sus familias, a realizar investigaciones y estudios en el campo de la fisiología, sin que tenga cabida en ellos el tratamiento de quienes padezcan afecciones distintas cuando se haya eliminado mediante los precisos exámenes la asistencia de la tuberculosis.

Art. 4.º Estos centros se emplazarán preferentemente en los barrios donde haya grandes núcleos de población obrera y en los distritos cuya mortalidad por tuberculosis sea superior a la media normal de la población de que se trate.

Art. 5.º El local donde se instale un Dispensario Antituberculoso debe constar, como mínimo, de una sala de espera, un departamento destinado a que los enfermos se desnuden y vistan cuando haya que reconocerlos; una sala para reconocimientos; una salita para un modesto laboratorio; otra para instalación de rayos X (Radioscopia); un departamento para biblioteca y conservación de documentos, sociales e individuales, referentes a los enfermos atendidos en el centro; los imprescindibles locales para servicios de higiene (desinfección, retretes, etc.), y habitaciones para la dependencia subalterna encargada de la limpieza del local y faenas de enfermería, no especializadas.

Todos estos locales tendrán la rápida ventilación y solamamiento necesarios.

Art. 6.º Las funciones que realizarán los Dispensarios Antituberculosos serán:

a) Diagnóstico de la tuberculosis y conocimientos de los focos de contagio.

b) Selección de los enfermos tuberculosos para su ulterior asistencia de las personas con quienes aquéllos convivan, según la separación o aislamiento que convenga adoptar en cada caso.

c) Información del estado sanitario de la familia de los tuberculosos o de los individuos que habiten en su compañía, de su situación económica, salubridad de la vivienda, hacinamiento, hábitos de higiene, etc., etc.

d) Educación profiláctica e higiénica antituberculosa del público por medio de cartillas, láminas, conferencias, conversaciones, etc.

e) Auxilio material a las familias de los tuberculosos proporcionándoles camas, escupideras, desinfectantes, alimentos, etc., e informándolas acerca del modo como se transmite la tuberculosis y la manera de evitarla.

f) Saneamiento de las habitaciones, procurando el concurso y ayuda de los centros de desinfección e higiene más apropiados.

g) Vigilancia y cuidados a los tuberculosos cuando salen de sanatorios, hospitales y demás instituciones antituberculosas.

h) Vacunación y estadísticas de vacunación con arreglo a las disposiciones que dicte la Dirección general de Sanidad.

Art. 7.º Para facilitar el más adecuado desempeño de las funciones y poder llegar rápidamente al exacto conocimiento de todos los focos de contagio familiar existentes en su jurisdicción, cada Dispensario tendrá limitado su radio de acción a una determinada zona o distrito y a los enfermos o familias que en ellos habiten.

Art. 8.º A fin de lograr aquel objeto, deben establecerse todas las redes de información posibles y, por su contacto con las restantes instituciones de beneficencia, llegar a establecer el censo de la población tuberculosa.

Art. 9.º La eficacia práctica de la lucha social contra la tuberculosis exige que todas las demás instituciones antituberculosas dependientes del Real Patronato estén en relación de dependencia sanitaria respecto del Dispensario, no dando ingreso en ellas a ningún enfermo que no tenga en dicho centro sus fichas clínica y social.

Art. 10. Considerando que un Dispensario Antituberculoso, adecuadamente organizado para la asistencia social, provisto de los médicos y enfermeras precisos, puede atender, a lo sumo, a 900 familias de enfermos a la vez, el número de estas instituciones que correspondería tener a cada población resultaría, aproximadamente, de un centro de tal índole por cada 1.000 tuberculosos en curso, es decir, un Dispensario por cada 100 óbitos por tuberculosis.

Art. 11. Habrá dos clases de Dispensarios Antituberculosos: unos denominados centrales o modelos y otros llamados auxiliares o de asistencia social.

Art. 12. Las funciones que desempeñarán los Dispensarios auxiliares son las especificadas en el art. 6.º

Art. 13. Se crearán en Madrid ocho Dispensarios para la asistencia social

Art. 14. Se creará un centro de enseñanza, investigación y laboratorio general, con locales destinados a las exploraciones de los enfermos que las requieran más delicadas, y dotados del material que señale la Dirección técnica, y otros locales para alojamiento del material de los llamados Dispensarios ambulantes.

Este centro, por su carácter docente, dependerá de la Dirección general de Sanidad.

Anejo a este centro deberá estar la residencia de enfermeras y todo lo referente a la enseñanza del personal auxiliar.

Art. 15. Serán considerados Dispensarios Antituberculosos modelos o centrales aquellos que por sus más amplios servicios, mejor instalación y más completa provisión de material científico convenga a la Dirección técnica que de-

ban realizar trabajos de investigación y exámenes especiales o complementarios, exploraciones o análisis que anteriormente no pudieran llevarse a cabo. Se encargarán de la clasificación de los enfermos, según el tratamiento más conveniente, realizando el ambulatorio en los casos que sean apropiados para ello y no hubieran ingresado en sanatorios, hospitales, preventorios, etc. Estos centros serán relevados de verificar las funciones detalladas en el art. 6.º, apartados c) y f).

Art. 16. En Madrid serán considerados como Dispensarios centrales los Reales Dispensarios María Cristina, Victoria Eugenia y Príncipe Alfonso, y un cuarto Dispensario de nueva creación para constituir cuatro zonas.

Mientras las disponibilidades económicas consientan la creación del centro de enseñanza, investigación y laboratorio general que dispone el artículo anterior, estas funciones las desempeñarán en uno o varios de los Dispensarios centrales que designará el Real Patronato, sin excluirles de llenar todos los cometidos que señala el art. 6.º

El ingreso de enfermos en los Sanatorios del Real Patronato se hará en la misma forma en que se viene haciendo en la actualidad: reconocimiento previo en un Dispensario central; instancia firmada por el médico de consulta, la que se entregará en la oficina del Real Patronato, en el Ministerio de la Gobernación, donde se la pondrá en turno.

Realizarán el tratamiento antituberculoso en los casos que lo requieran, y dispondrán de dos camas, una de cada sexo, para las contingencias que pudieran sobrevenir dentro de cada Consultorio y sólo para estancias breves en caso de accidente, mientras se determina por el director del centro el destino que debe darse al accidentado.

Art. 17. En la medida que la necesidad exija y permitan las circunstancias, se crearán Dispensarios ambulantes encargados de girar periódicamente visitas a los Municipios que no cuenten con Dispensarios; consistiendo sus funciones en la educación antituberculosa del público y divulgación de los medios de diagnóstico de la tuberculosis.

El material necesario reducirse a un automóvil camión acondicionado a tal objeto, aparato de proyección, películas fisiológicas, cartillas, láminas.

Un fisiólogo y el personal auxiliar necesario que se destaquen por sus condiciones de divulgadores científicos fáciles serán los encargados de realizar este servicio.

Art. 18. Los Dispensarios Antituberculosos centrales o modelos tendrán consulta de tuberculosis pulmonar, laríngea, infantil y quirúrgica; pudiendo acoger otras especialidades si así se estima conveniente por el Director general de Sanidad, si bien sólo en sus aspectos tuberculoso y sanitario.

Art. 19. El profesorado médico oficial de los Dispensarios centrales estará formado por un director, cuatro jefes de consulta, que serán: un fisiólogo, un laringólogo, un pediatra y un cirujano, y por dos profesores auxiliares.

Los profesores auxiliares pasarán consulta de fisiología, si así lo dispone el director del establecimiento y si las consultas de dicho director y del jefe de fisiología no son suficientes para cubrir el servicio. Uno será designado para la oficina técnica y actuará de secretario de la Dirección. El otro será encargado del laboratorio clínico que debe figurar en cada Dispensario.

La clasificación de los enfermos, según las instrucciones recibidas de la Dirección, corresponderán a estos profesores auxiliares.

El personal médico que actualmente presta servicio en los Dispensarios centrales continuará en la misma forma hasta que la instalación de nuevos Dispensarios (el cuarto

central y los ocho de asistencia social) permitan dejar los centrales con la plantilla correspondiente.

Como personal auxiliar se asignarán a cada Dispensario central cuatro enfermeras especializadas en la lucha antituberculosa: dos para el servicio interior del establecimiento y dos para enfermeras visitadoras Las Hermanas de la Caridad que actualmente prestan servicio en los Dispensarios tendrán el título de enfermeras y serán las que los presten en el interior del establecimiento, teniendo el carácter de jefes del personal auxiliar.

La plantilla de los Dispensarios auxiliares o de asistencia social la constituirán dos médicos: uno director y otro profesor auxiliar jefe de consulta y dos enfermeras especializadas en la Lucha.

La plantilla del centro de enseñanza, investigación y laboratorio general, se fijará por la Dirección técnica por la índole especial de las funciones que ha de desempeñar, previa autorización de la Dirección general de Sanidad.

Art. 20. El cargo de profesor médico de Dispensario será permanente y sólo podrá relevarse de él a los titulares, previo expediente, por incumplimiento del deber, concediéndoles un plazo de quince días para su justificación, con arreglo a lo determinado en el artículo 8.º del Reglamento del Cuerpo médico de especializados de la Lucha Antituberculosa.

Art. 21. A medida que vayan creándose nuevos Dispensarios, la provisión de ellos de la plaza de profesor médico irá realizándose en la forma que determina el Reglamento de la Asociación de Médicos del Real Patronato.

Art. 22. El nombramiento del profesorado médico de los Dispensarios se efectuará en la sucesivo entre los individuos que forman la Asociación de Médicos del Real Patronato y por el procedimiento que se determina en el Reglamento del mismo.

Art. 23. Salvando los casos en que constituya substitución del titular, un mismo individuo no podrá simultanear el desempeño de dos cargos en los centros antituberculosos.

Art. 24. Cuando las circunstancias lo permitan, a juicio de la Junta administrativa del Real Patronato, el profesorado médico oficial estará remunerado con arreglo a las obligaciones que se le imponen.

Art. 25. Los Dispensarios Antituberculosos determinados en el artículo 12, con las funciones que les señala el artículo 6.º, contarán con el número de enfermeras-visitadoras que la necesidad exija y permitan las circunstancias, quienes realizarán las funciones sociales que los médicos de estos centros les encomienden y determine la Dirección técnica del Real Patronato, percibiendo por el servicio el sueldo que se estipule.

Estos centros estarán provistos del personal auxiliar subalterno necesario para el buen orden y limpieza del establecimiento.

Art. 26. Los Dispensarios Antituberculosos de aquellas poblaciones que no cuenten con suficiente número de técnicos especializados o enfermeras-visitadoras, o sus disponibilidades pecunarias sean escasas en relación con la tarea a realizar, acomodarán su funcionamiento a las particulares condiciones de la población de que se trate, ateniéndose todo lo posible al espíritu de este Reglamento y con autorización del Real Patronato y de la Dirección general de Sanidad.

Art. 27. Los médicos que vengán prestando servicio desde hace un año, como mínimo, en los Dispensarios Antituberculosos de las diversas provincias acogidos al auxilio económico del Real Patronato deberán proveerse de nombramiento oficial, a cuyo efecto, el representante de dicha



MORRHUËTINE

JUNGKEN

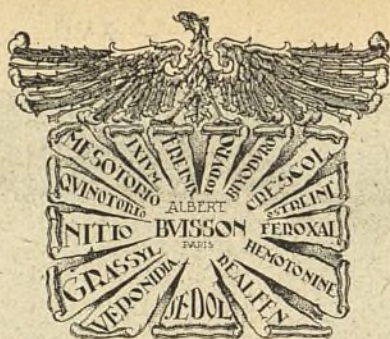
EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS



Realphen

Apetito
Peso
Fuerza

Literatura, muestras e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075 - MADRID - Tel. 35 407

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^o
67, Rue de la Victoire
PARIS

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL HIGADO

POR LA

BOLDORHÉINE

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

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

DOSES
2 a 4 diarias por periodos
alternos de 8 a 10 dias

Laboratoire de Pharmacologie Generale, 8, Rue Vivienne, PARIS

OXYGENASE

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

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artrismo
Tuberculosis

Dosis
6 gageas diarias
ó sea, dos antes
de cada comida

VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GENERALE
8, Rue Vivienne PARIS (2^e)

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMATICO DE HECKEL

**MUESTRAS
GRATIS**

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

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

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

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

entidad en la provincia se procurará una relación de sus nombres y apellidos, así como de la fecha de ingreso en dichos centros; datos que elevará a la Presidencia-delegada solicitando la tramitación de los nombramientos correspondientes y su ingreso en la Asociación de Médicos especializados.

Art. 28. Se crea el Cuerpo de Enfermeras especializadas en la lucha antituberculosa. Su ingreso será mediante concurso-oposición de las diplomadas por el Estado (Escuela Nacional de Sanidad), Cruz Roja e Instituto Rubio.

Ingresarán, previa aprobación, con el carácter de alumnas de enfermeras para la lucha antituberculosa.

Recibirán una enseñanza teórica y práctica de seis meses en total, al cabo de los cuales tendrán una prueba de suficiencia, y las que sean consideradas con aptitud figurarán como enfermeras de la Lucha. Llevarán entonces uniforme distintivo.

La reglamentación de servicios para el Cuerpo de Enfermeras queda a cargo del Real Patronato, que lo redactará.

Para que las enfermeras puedan percibir sus haberes será condición precisa el seguro de enfermedad e invalidez en alguna de las compañías establecidas o que se puedan crear en lo sucesivo.

Art. 29. Los directores de todos los centros antituberculosos y de los Dispensarios remitirán trimestralmente al inspector de los establecimientos de Madrid relación de los asistidos, operaciones realizadas y todo cuanto se refiera a la parte científica de la lucha, según impresos que facilitará el Real Patronato.

Trimestralmente se remitirá inventario y movimiento del material, proponiendo la baja y reparación del inutilizado, y al finalizar el año las modificaciones que se crea necesario en cuanto al material y enseres del establecimiento se refiera.

Art. 30. El Reglamento interior por el que han de regirse dichos establecimientos será único y siempre con la aprobación del Real Patronato.

Art. 31. De todo el personal que preste servicios en el Real Patronato se llevará una hoja de los mismos, así como de las enfermeras, donde consten los datos de fecha de ingreso en la institución, cargos que han desempeñado, servicios, publicaciones, etc., y todo cuanto se crea pertinente para el mejor conocimiento por el Real Patronato de la aptitud del personal para futuros cometidos que puedan encomendárseles.

Esta oficina la llevará la Secretaría general del Real Patronato, y los directores de los centros quedan obligados a remitir trimestralmente las hojas o cartillas, que serán dobles: una, que guardará la dirección del establecimiento, del personal que presta servicio, y otra que remitirá a la Secretaría general por conducto del inspector.

Art. 32. Toda documentación se tramitará por los médicos-jefes de consulta a los directores respectivos; éstos a la Inspección de los establecimientos de Madrid y su provincia, y por intermedio de éste al presidente-delegado del Real Patronato para que resuelva en todos los casos. Las resoluciones se comunicarán por el mismo conducto.

Art. 33. Queda facultado el Real Patronato para resolver todos los casos que se pudieran presentar con motivo de las disposiciones de este Reglamento al ponerlo en vigor, previa autorización de la Dirección general de Sanidad del Reino, así como para reunir, si lo estima pertinente, en Junta técnica facultativa a los directores de establecimientos de Madrid y su provincia y al inspector de dichos establecimientos como asesores técnicos y siempre que no se oponga a la legislación vigente.

Bases con arreglo a las cuales se constituye la Asociación de Médicos especializados del Real Patronato de Lucha Antituberculosa de España.

1.ª Formarán la Asociación de especializados los profesores que presten sus servicios en los Sanatorios y Dispensarios Antituberculosos dependientes o auxiliados por el Real Patronato de Lucha Antituberculosa con nombramiento oficial.

2.ª En lo sucesivo la entrada en la Asociación de nuevos profesores será por concurso.

3.ª Los cargos que queden vacantes en las Direcciones de Sanatorios y Dispensarios dependientes del Real Patronato se cubrirán con el personal técnico procedente de la Asociación mediante terna formulada por los profesores del establecimiento en que la vacante radique, pero en la que podrán ser incluidos profesores de otros establecimientos, siempre que pertenezcan a la Asociación.

En la terna, dos lugares corresponderán al primer tercio de antigüedad, el tercer lugar corresponderá al total de médicos asociados, y en los tres se harán constar y se justificarán los servicios prestados y los méritos profesionales contraídos.

Las ternas serán elevadas al Real Patronato, el cual decidirá reservándose en casos en que lo considere conveniente el derecho de la designación directa.

4.ª Exceptuando los cargos de médicos residentes de los Sanatorios, los demás serán desempeñados gratuitamente.

Esto no obstante, la Junta administrativa, de acuerdo con la dirección técnica, podrá establecer premios anuales como recompensa a la asiduidad y méritos contraídos por los señores profesores en el ejercicio de su cargo, hasta tanto que las circunstancias permitan les sea otorgada la debida remuneración.

Sus obligaciones serán las siguientes:

a) Determinación de días y horas de consulta que señale cada profesor de Dispensario semanalmente, de acuerdo con el director del mismo, a cuyas consultas deberán acudir puntualmente, bajo la responsabilidad del director, y las que tendrán como duración el tiempo suficiente para reconocer a los enfermos que se presenten a ellas.

b) A las cuatro faltas consecutivas de asistencia a dicha consulta o a las diez faltas durante el año que no estén justificadas debidamente, y previa amonestación del director e inspector que se nombre, perderán su puesto de profesor en el Dispensario donde presten sus servicios, y se entenderá además que renuncian a seguir formando parte de la Asociación.

c) Los directores de Dispensarios quedan obligados a la asistencia diaria por el tiempo suficiente para desempeñar su función técnico-directiva y a dar parte diariamente también y por escrito del cumplimiento o incumplimiento de las obligaciones que voluntariamente contraen los profesores a sus órdenes.

d) Los directores de Sanatorios vendrán asimismo obligados a señalar dos días semanales de visita a sus establecimientos, y, caso de falta de asistencia, sufrirán los correctivos que señala el apartado b) del artículo 4.º

e) Los médicos residentes no podrán ausentarse del Sanatorio más que en los días señalados por el director, debiendo pedir autorización a la presidencia-delegada para ausencias extraordinarias.

5.ª Con el fin de que los profesores-directores de los Sanatorios y Dispensarios puedan dedicar por completo su atención a la labor que les está encomendada, se declara la incompatibilidad entre los cargos de directores de Dispensarios y Sanatorios.

Asimismo dicha incompatibilidad existirá también para el cargo de médicos residentes de Sanatorios y su ejercicio de profesor en Dispensario.

6.^a El desempeño de los cargos de directores de Sanatorios y Dispensarios sólo podrá ser limitado, en cuanto a su duración, por la libre voluntad de los mismos o cuando a juicio de la Junta del Real Patronato convenga a los intereses que les están confiados.

7.^a En caso de ausencia o enfermedad los señores directores de Sanatorio serán substituídos interinamente y mientras duren dichas causas por profesor de la Asociación, a satisfacción del substituto y previo asentimiento de la presidencia-delegada. Asimismo los directores de Dispensarios serán substituídos en la misma forma dentro del personal de su Dispensario correspondiente.

8.^a La permanencia de los médicos en la Asociación será indefinida, con carácter general. Sólo podrá darse por terminada, además de lo preceptuado en el párrafo b) de la base 4.^a:

a) Por renuncia del interesado, dirigida al Real Patronato en escrito correspondiente.

b) Por faltar a las obligaciones preceptuadas en el presente Reglamento.

c) Por causas de índole moral.

d) Por la publicación de escritos o discursos que puedan dar lugar a perturbaciones dentro del plan impuesto a la lucha antituberculosa o que puedan lesionar su prestigio y autoridad, sin que ello sea obstáculo para que cualquiera de los profesores la ilustre particularmente con sus observaciones y consejos, ni deje de tener libertad para publicar estudios de crítica científica que por su forma no menoscabe la debida disciplina, necesaria en todo organismo consciente de sus funciones.

Relación de señores que constituyen la Asociación de Médicos especializados del Real Patronato de la Lucha Antituberculosa de España:

Abelló Pascual (D. José).
Alonso Sañudo (D. Julián).
Arce Equival (D. Manuel).
Barbero Carnicero (D. Antonio).
Bartolomé Relimpio (D. Jesús de).
Bertrán Castillo (D. Fernando).
Blanco García (D. Alfredo).
Blanco Sánchez (D. Julio).
Carbajo Martín (D. Juan José).
Castellanos Rodríguez (D. Angel).
Cerveró Lacort (D. Alfonso).
Codina Castellví (D. José).
Codina Suqué (D. José).
Costa Tomás (D. Armando).
Dombrasas Jaén (D. Román).
Elena Martín (D. Miguel).
Espinosa y Pérez (D. José María).
Espinosa y Pérez (D. Trinidad).
Esteban Muñoz (D. Juan).
Fernández Chacón (D. Fernando).
Fernández Méndez (D. Eduardo).
Fernández del Soto y de Llanos (D. Alfonso).
García Iglesias (D. Mariano).
García Triviño (D. Felipe).
Gómez Domingo (D. José).
González Campo de Cos (D. José).
Huarte Mendicoa (D. José María).
Ibarrola Suárez (D. Francisco).
Jiménez Encinas (D. Cristóbal).

Lobo y Goya (D. Ramón).
Llopis Recio (D. José María).
Mariscal de Gante (D. Jorge).
Martín Calderín (D. Antonio).
Navarro Blasco (D. Angel).
Nonell Campos (D. Jaime).
Ortega Villafuella (D. Rafael).
Ortiz de Lanzagorta (D. Julián).
Palacios G. de las Cortinas (D. José).
Palacios Olmedo (D. José).
Parra Peláez (D. Eduardo).
Puente Juanete (D. Francisco).
Raso Corujo (D. Juan).
Rodríguez Recalde (D. Daniel).
Romero Alonso (D. Segundo).
Ruigómez Velasco (D. Luis).
Sánchez Santamarina (D. Andrés).
Sousa Peco (D. Julio).
Ube la Sarachaga (D. Manuel).
Vázquez Lafort (D. Manuel).

A esta lista habrá que añadir los que procedentes de provincias se encuentren en las condiciones requeridas en el artículo 27 del Reglamento y los que aleguen derechos que sean estimados como tales por el Real Patronato.

Madrid, 7 de Enero de 1931.—El director general, A. Palanca. (*Gaceta* de 13 de Enero de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,0; ídem mínima, 704,5; temperatura máxima, 13°, 8; ídem mínima, —0°, 4; vientos dominantes, NNE. y SO.

La gripe ha tenido una disminución considerable, restableciéndose los ataques aun cuando les quedan molestas, ronquera y afecciones de la laringe, que curan con alguna facilidad en pocos días. La mortalidad ha acusado baja considerable.

En los niños ninguna afección con carácter epidémico.

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

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70,488