

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador. } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director. }

83156118

PROGYNON

HORMONA SEXUAL FEMENINA

Concentración elevadísima.

Estandarizado según el test de Allen y Doisy.

*Indicado en todos
los trastornos hipo-ováricos*

El mejoramiento del método de fabricación del Progynon ha permitido
reducir el precio del producto.

El **nuevo envase** de 4.500 U. R. (30 comprimidos de 150 U. R.) cuesta menos que el antiguo de 2.500 U. R. (10 comprimidos de 250 U. R.). La cantidad de hormona de cada comprimido ha sido reducida de 250 a 150 U. R. por haberse comprobado que con dosis pequeñas repetidas se obtiene una acción más energética que con dosis grandes aisladas.

Solicite el nuevo folleto ilustrado.



Envases actuales:

Fascos con 30 y 60 grageas de 150 U. R.
Cajas con 6 amp. de 100 U. R. en i. c. c.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, MADRID

Apartado 1030, BARCELONA



Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



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

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



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Prepara esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri en su Laboratorio, Príncipe, 302 Barcelona

sentan durante el parto o que obligan a provocar el parto prematuro no permiten atender a la asistencia del parto en la forma que fuera de desear. Los desgarros del cuello del útero y del periné son más frecuentes por lo mismo que el estado de la enferma obliga a una extracción rápida y no permite una conveniente protección del periné. Cuando la temperatura no es muy elevada y los accesos no son muy intensos o no se repiten, se puede esperar un restablecimiento total de la enferma. Si pasan veinticuatro horas sin que los accesos se reproduzcan ya se puede tener la casi certeza de que no reaparecerán. De este modo la enferma recupera la inteligencia y poco a poco también la memoria. Si la lesión renal es curable no suele quedar huella del proceso por grave que llegara a ser en algunos instantes. Sin embargo, pueden quedar trastornos intelectuales, entre ellos deficiencias de la memoria o afasia, que se corrigen al cabo de varias semanas, pero que no siempre llegan a desaparecer del todo. Las alteraciones visuales son más a menudo definitivas, porque suelen ir ligadas a lesiones orgánicas de la retina.

En cuanto al tratamiento, el tratamiento médico se reduce a la profilaxia, consistente en el régimen alimenticio adecuado al estado del riñón, especialmente el lácteo, y en el momento del acceso o en los intervalos entre los accesos la administración de medicamentos calmantes, a la cabeza de los cuales se encuentra el hidrato de cloral, que por el estado de la enferma habrá que administrar en enemas; las dosis serán de un gramo por enema, pero se pueden repetir, llegando si es preciso hasta una dosis total de diez gramos en las veinticuatro horas. En el momento del acceso se cuidará de que la enferma no caiga de la cama, lo cual es posible aunque los movimientos clónicos tienden a recoger el cuerpo y evitar las mordeduras de la lengua.

Para ello se aplicará sobre la misma el borde de un paño o de la sábana, si no se tiene a mano otra cosa, de forma que la mantenga deprimida contra el suelo de la boca y desde luego por dentro de los arcos dentarios, y de esta forma las contracciones de los músculos masticadores no pue-



psicos. El tratamiento de la tendencia a los vómitos consiste en evitar todo lo que pueda provocarlos.

La enferma desayunará en la cama y se levantará despacio una vez que haya reposado un poco el desayuno. Hará durante el día varias comidas de fácil digestión; se evitarán aquellos alimentos que les provoquen una especial sensación de asco, como sucede frecuentemente con la carne, y si se nota deficiencia del apetito o dificultad para la digestión se administrará tintura de condurango y ácido clorhídrico oficial de la manera siguiente:

Tintura de condurango.....	10 c. c.
Acido clorhídrico oficial.....	1 —

M. para tomar XX gotas en un vaso de agua después de cada una de las principales comidas.

Hay un sinnúmero de medicamentos que se han administrado en la hiperemesis, precisamente porque ninguno de ellos es de un efecto decisivo. A veces, la faradización del epigastrio o el lavado gástrico tienen un efecto psíquico sumamente favorable sobre el enfermo. Otras veces son los medicamentos más diversos. En caso de vómitos muy tenaces se suspende toda la administración de medicamentos por la boca y por uno o dos días también la administración de alimentos. Si el enfermo tiene mucha sed se le permitirán algunos sorbos de agua helada que, probablemente, tolerará mejor y se le pondrán enemas de solución salina fisiológica, a la que se puede añadir algo de glucosa y veinte gotas de láudano de Sydenham para calmar más a la enferma en los casos en que sea necesario. El estado de nutrición de la mujer y la marcha de su pulso indicarán la necesidad de administrar enemas alimenticios y tónicos cardíacos. Si con este tratamiento cesan los vómitos, se procederá a la administración de leche muy fría y si se tolera bien se pasará después a la administración de papillas y, por último, a la sólida. Es notable la frecuencia con que el hecho de aislar a la enferma de sus familiares influye favorablemente sobre la marcha de la hiperemesis.

Los tratamientos se muestran mucho más eficaces cuando se hacen en un sanatorio, lejos de toda influencia perturbadora. Los productos opoterápicos encargados de perfeccionar la función ovárica y los de cápsulas suprarrenales de efecto vagotónico se suelen mostrar también muy útiles en el tratamiento de los vómitos del embarazo. Por último, si todos estos recursos fracasan, queda el supremo de interrumpir dicho embarazo. Ciertamente que algunas mujeres tienen un deseo pernicioso de que se interrumpa su embarazo, y exageran consciente o inconscientemente la gravedad de sus síntomas y la resistencia a todos los tratamientos. El médico debe estar prevenido de esta posible tendencia y no consentir en modo alguno a una intervención de esta índole sin haberse convencido por su observación directa de que es absolutamente imprescindible. Cuando lo sea habrán de tenerse en cuenta los reparos morales y religiosos que hemos apuntado, porque en esta materia es evidente que corresponde a la enferma o a la familia de la enferma decidir la conducta que han de adoptar, teniendo en cuenta, desde luego, que por tratarse de un proceso que depende exclusivamente del embarazo y que requiere la provocación directa del aborto o del parto prematuro no hay autorización (mora mente) para hacerlo sino cuando el feto ya es viable. El momento oportuno para intervenir, si la intervención se decide, es aquel en que la enferma ya no solamente se desnutre a consecuencia de los vómitos tenaces, sino que empieza a tener elevación ligera de la temperatura y taquicardia, que siempre es muy acusada y superior a la que a la temperatura corresponde. Para unas décimas o a lo sumo un grado de elevación de temperatura suelen padecer las enfermas una taquicardia de 120 a 140 pulsaciones. Cuando la enferma ha llegado al período en que hay subdelirio, trastornos del oído, de la vista y tendencia al estado comatoso, la operación se intentará sin tardanza, porque es el único recurso de que en algún caso se ha podido obtener resultado; pero teniendo siempre bien presente que en este período es ya muy difícil conseguir un resultado eficaz, por lo que no tendrá excusa el médico que habiendo asistido a

Terminado este período, queda la enferma unas veces en estado de semiconsciencia. Abre los ojos, pero no tiene noción clara de lo que le ha sucedido hasta que se va reponiendo poco a poco. En otros casos queda completamente rendida y en un estado semicomatoso, inconsciente y con respiración ruidosa. En el primer caso reaparecen poco a poco la inteligencia y la sensibilidad, la enferma se va dando cuenta de su situación, puede responder a algunas preguntas, generalmente manifiesta que tiene sed y vuelve a caer en la somnolencia. Habla poco porque tiene torpeza para coordinar las ideas y porque las lesiones que generalmente ha sufrido en la lengua crean un obstáculo para ello. La memoria suele ser deficiente todavía durante unos días. Cuando la enferma queda en estado comatoso puede permanecer en él durante varias horas. Muchas veces este estado comatoso está interrumpido por nuevos ataques.

En efecto, sobre todo cuando la mujer se encuentra de parto, el ataque no suele ser aislado, sino que se reproduce y siempre presenta iguales caracteres; unas veces son ligeros y se reproducen cada media hora o cada hora hasta que se van espaciando si se muestra eficaz el tratamiento que se ha seguido; otras veces los ataques son más intensos y hasta subintrantes, pudiendo ocasionar la muerte de la enferma sin que se haya llegado a reponer de ellos. Esta variabilidad del curso de la enfermedad hace especialmente difícil establecer un pronóstico desde el momento en que se inicia el proceso. El número total de accesos que sufre una mujer varía en límites muy amplios, desde uno solo hasta un centenar; pero es raro que lleguen a tantos porque antes se agrava el coma, las dificultades respiratorias van siendo cada vez mayores y la mujer muere. La terminación mortal en la eclampsia se produce unas veces en el mismo acceso, pero es lo excepcional. Más a menudo se presenta a consecuencia del coma y otras veces en virtud de accidentes puerperales que son frecuentes en las mujeres eclámpicas; en primer lugar porque toda mujer albuminúrica está más expuesta que las que no lo son a sufrir infecciones de todo género y en segundo lugar porque los accesos que se pre-

Anticalculina EBREY

RIÑÓN CARDIACO=CONGESTION RENAL

Su tratamiento con la Anticalculina Ebrey según las observaciones del distinguido Dr. Jesús B. Carpio, director del Hospital Civil de Zumpango y delegado sanitario de la ciudad de México.

«Un nuevo caso clínico acabo de obtener con el acreditado producto Anticalculina Ebrey (Líquida), en el cual se trata de una congestión renal, que aparentaba ser un riñón cardiaco porque su orina era escasa, oscura y densa; además se observaban depósitos de uratos de color rojo.»

«Muy tardía, de cuando en cuando, se acusaba la presencia de albúmina, pero en poca cantidad; además aprecié en los análisis célula epitelial y en las más de las veces encontré cilindros.»

«Mi diagnóstico me indicó que se trataba de una congestión primitiva, por los intervalos de epistaxis, cefalalgia, anorexia, fiebre, mareos y alucinaciones que presentaba mi paciente.»

«Pudiera dar una relación más larga de los síntomas y apreciaciones que hice; pero mis colegas que lean este caso podrán darse cuenta de la enfermedad curada en poco tiempo con la Anticalculina Ebrey, y no queriendo ser cansado me concreto a dar un bosquejo del caso que curé con dicho producto, pues al terminar el primer frasco de dicho preparado, su orina empezó a cambiar de color, aumentó su volumen y toda molestia fué cambiando de una manera notable, admirándome que el apetito era voraz. Advierto que mi enfermo fué de ahucado por varios especialistas.»

«A mis colegas que deseen más amplia información sobre los casos que he tratado con Anticalculina Ebrey, me será gustoso atenderles a su solicitud.» Mesones, 34.—México, D. F., México.

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.

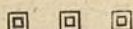
INDUSTRIAL MEDICA SANITARIA

Fabricación de Mobiliarios para
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

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

== Oferta especial para los señores médicos. ==

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 88 » 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.....	» 7,400
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» » de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 38, 0



Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

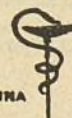


**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

EUMALT

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

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



DIPLOMA DE MÉRITO
8º Congreso de médicos de la lengua
española — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: **DR. GONZALO R. LAFORA**

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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.**

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)
Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)
Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

14-III 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.

LA DESPEDIDA

Un incidente inesperado en mis breves viajes del pasado verano hizo que una maleta desprendida del automóvil de uno de mis hijos fuese a parar al pueblo de Cabañas, después de haber estado abandonada en la carretera. Pasados más de dos meses tuve noticia del encuentro y del depósito, alegrán-

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar a nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

dome al saber que los documentos, libros y algunas ropas, que daba por perdidos, se encontraban en las honradas manos del alcalde de Cabañas, quien mantenía en suspenso la curiosidad del vecindario, que atribuía naturaleza misteriosa y aun criminosa al contenido de la encontrada maleta.

Mandé recogerla, y al traerla a mi poder me dijeron que un pariente del mencionado alcalde había preguntado si el Sr. Cortezo, cuyo era el baulito, era el D. Carlos M.^a Cortezo que había sido su condiscípulo y coetáneo en los felices años de nuestro aprendizaje de matasanos. Cuando me dieron la noticia y me dijeron el nombre de quien por el mío se interesaba, sentí vivísimo alborozo: Dorrego y Muñoz, el que con Menéndez Tejo y conmigo formaba la trínica constante de todas nuestras empresas durante los seis años de las enseñanzas de San Carlos; Dorrego, aquel muchacho serio, aplicado, un tanto hosco y pesimista, pero noblote y cariñoso, vive

buen amigo Pepe, y ya seguí recorriendo los demás retratos por si podía llegar a conocer cuántos otros de aquellos muchachos puedo suponer que vivan, y cuántos otros sé que han muerto en la lucha cruenta de la vida humana, de la aún más cruenta profesional, en el desgaste de las edades, casi todas mayores de la que teníamos Dorrego y yo por aquellos tiempos.

El cuadro estuvo largo rato en mis manos; ¡cuántos habían muerto! El angelical Aguado y Gancedo, mi compañero de Teatro Real, hijo de un catedrático del Conservatorio, murió en la primera guerra de Cuba, macheteado bárbaramente por los mambises; Pasarón murió también a consecuencia del paludismo; Angel Frauca ha desarrollado y terminado su carrera con la brillantez que la empezó en su amado Tudela; Yborra y Sellés, el más ameno y pintoresco de todos nosotros, ha vivido hasta ha poco en su pueblo natal de Mora; José Ustáriz, mi compañero de oposiciones y de progresos en la carrera, falleció veinte años ha, siendo uno de los primeros cirujanos madrileños, y así fueron pasando por mi pensamiento el

contentos, charlaban, gritaban, ofrecían corresponder entre sí, se daban encargos, entre sinceros e irónicos, para los amores interrumpidos que en Madrid dejaban. Todos estaban contentos: solamente yo sentía una impresión de amargura y de tristeza, que me valía burlas y chacotas, con aquello de: ¿Qué te pasa, poetaastro? ¿Pues no está triste cuando le abren la jaula y con el viento que tiene en la cabeza podrá subir más que un globo? Y así pasé una hora, al cabo

"MALTOPOL"

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

de la cual y después de charlar y discutir perdiendo el tiempo, comenzó nuestro desfile, por la calle de Atocha arriba, a patita y andando, pues entonces ni los tranvías ni los taxis dulcificaban la áspera pendiente tantas veces subida al cabo de seis años.

Andando a un tiempo y pensando, dando aquí un apretón de manos, allá un abrazo, llegamos hasta la plaza de Antón Martín, que pareció aquel día como el punto espontáneamente designado para que aquel grupo fraternal de jóvenes valerosos, llenos de entusiasmo y de alegría, se despidiesen los unos de los otros. ¿Hasta cuándo? El cuadro que hoy tenía entre mis manos me lo decía: ¡Hasta siempre!

Recuerdo que solo y maquinalmente entré en el café de Zaragoza y ocupé la mesa de la esquina de la calle del León, que solía ser el punto de nuestras citas en los días de vida escolar. Púseme a mirar por la ventana contigua y pude ver el desfile de todos mis amigos, que iban tomando direcciones divergentes: por la calle de Santa Isabel, hacia las casas de hospedaje en que habían vivido; por la de la Magdalena, hacia el Madrid más madrileño, donde habitábamos los hijos de la villa del Oso; por la calle de Atocha los que habitaban barrios más céntricos, y por la del León los menos y los más apresurados.

Todos se fueron; cada uno de ellos me saludaba rápidamente al pasar con un signo de cabeza o de mano y des-

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

excéntrico Ramos Calleja, el estudioso Trelles y tantos y tantos más cuyo recuerdo traía lágrimas a mis ojos y apreturas a mi corazón. Pero, al colgar el cuadro, una como visión embargó mi mente.

Me representé la Cátedra cuarta de San Carlos en aquel día, de los primeros de Junio de 1870, en que nos habíamos citado los que empezamos y concluí nos juntos la carrera, para convenir en la confección del cuadro, nombrar una Comisión que la llevara a efecto y despedirnos ya con cierta solemnidad para salir por los diversos caminos de la vida. Recuerdo como si fuera la de hoy aquella mañana de 1870. Todos estaban

GOTAS SANGUINEAS

ROYEN

Peptonato de Hierro, Cuasía y Strophantus.

todavía, tiene, como yo, más de ochenta años y está sano y bueno según me aseguran, llevando vida modesta y retirada en uno de los pueblos del camino que he estado recorriendo este verano semanalmente para atender a mis obligaciones de Madrid, haciéndolas compatibles con el anhelado descanso del campo.

Apenas oída la noticia, busqué en mi despacho el cuadro que contiene los retratos de los que juntos concluimos la carrera en 1870, y allí en el segundo óvalo de la primera línea encontré a mi

ALGUN TIPO DE CACODILATO DE SOSA

VITOLO

20 comprimidos de Cacodilato de Sosa por caja

ATENCION: INGENIERO - APTERIO

Con el Cacodilato de Sosa

Indicado en: Sífilis, Paludismo, Tuberculosis, Síndromes parkinsonianos, Eczemas, Anemias, Linfadenias, 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, Linfadenias, Astenias, Convalecencias.

Apartado de Correos 9.030.—MADRID

aparecía, dejando en mi corazón una estela de recuerdos, de anécdotas personales, de efusiones amistosas o de transitorios enojos desaparecidos.

Todos se fueron. A poco, la plaza y sus calles afluentes estaban para mí de siertas; pues desierto era el lugar ocupado por un público indiferente. Los míos se habían ido. Los amigos se habían desvanecido. ¿Los convertiría en enemigos el egoísmo, la emulación, la lucha por la existencia, la envidia y los apremios del vivir? No podía contestármele entonces; hoy, ante el simbólico cuadro, puedo responder que hay uno que continúa siendo el amigo de todos ellos y que se complace en creer que ninguno ha sido su enemigo, y éste es

DECIO CARLAN.

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

LA LITERATURA ⁽¹⁾

Virtud y filosofía
peregrinan como ciegos:
el uno conduce al otro,
llorando van y pidiendo.

Desde que en España hay Literatura se ha venido repitiendo constantemente que en ella no puede haber literatos, y siéndolo los mismos que predicán esto, preciso será creerlos bajo su palabra y convenir con ellos en que el cultivo de las letras no es entre nosotros el mejor género de cultivo.

Y a la verdad, ¿qué es un literato, meramente literato, en nuestra España? Una planta exótica a quien ningún árbol presta su sombra; ave que pasa sin anidar; espíritu sin forma y sin color; llama que se consume por alumbrar a los demás; astro, en fin, desprendido del cielo en una tierra ingrata que no conoce su valor.

Si confiado en la superioridad de su genio no supo unir la adulación a los dotes de su talento; si mirando desdeñoso los intereses materiales, no acertó a mendigar un favor del poderoso, favor menguado que apartándole de sus nobles ocupaciones le convierte en liosneador de oficio o en mecánico oficinista, todo su saber, por grande que sea, bastará tal vez a conquistar un lugar distinguido en las crónicas literarias del país; acaso la posteridad encomiará su genio; acaso levantará estatuas a su memoria; pero, en cambio, su vida se consumirá angustiosa en medio de tristes privaciones; y aquel hondo despecho que produce en el alma un desdén injusto abreviará sus días y le conducirá

ANTIPHLOGISTINE

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

muy luego al ignorado sepulcro que en vano buscarán sus futuros admiradores.

Hubo un tiempo, es verdad, en nuestro país, que parecía presagiar a las letras mas alta fortuna, más estimada consideración. Los siglos XVI y XVII im-

primieron en este punto a las costumbres una tendencia bienhechora, vieron muy luego aparecer eminentes ingenios que, consignando eternamente la gloria de aquella edad, recompensaron con

ALBUMINURIA

«Stroarsil».—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

usura los favores que de ella pudieron recibir.

Sin embargo, no bastó tampoco el talento literario; preciso fué también unir a él la intriga cortesana, y saber prescindir en ocasiones del hombre de letras, para aparecer bajo el aspecto del hombre político, o de discreto palaciego. Los que, como Quevedo, Mendoza y Saavedra, supieron reunir estas cualidades, vieron recompensados sus méritos con altos empleos, con regios favores y figuraron airoosamente entre los primeros hombres públicos de su tiempo; los que como Cervantes, Lope y Moreto limitaron su ambición a la gloria literaria, fueron, en verdad, el objeto de entusiasmo de su siglo, y pudieron presagiar en vida el tributo de admiración que había de rendirles la posteridad; mas sus trabajos tan aplaudidos y admirados, no bastaron a asegurarles una cómoda subsistencia, ni a legar a sus hijos otra cosa que la gloria de sus nombres esclarecidos. Lope de Vega quedó empeñado al morir después de haber escrito 2.000 comedias (que los cómicos solían pagar a 500 reales) y otras muchísimas ob as sueltas. Calderón vendió todos sus autos sacramentales a la villa de Madrid por 16.000 reales, y Miguel de Cervantes tuvo que mendigar el apo-

Urosolvina: eficaz antiúrico.

yo de un magnate para dar a luz la obra inmortal que había de ser el primer título de la gloria literaria del país.

Cuando en el último tercio del siglo anterior volvieron a aparecer las letras después de un largo período de completa ausencia, una feliz casualidad hizo que hombres colocados en alta posición social fueran los primeros a cultivarlas; y de este modo se ofrecieron a los ojos del público con más brillo y consideración, Montiano y Luyando, Luzán, Jovellanos, Campomanes, Saavedra, Llaguno, los padres Isla y González, el duque de Híjar, los condes de Haro y de Noroña, Ferner, Cadahalso y Meléndez ocuparon los primeros puestos del Estado, las sillas ministeriales, las dignidades eclesiásticas, las embajadas, la alta magistratura y los grados superiores de la milicia; bajo este aspecto pudieron servir y sirvieron efectivamente las letras para adquirir en el concepto público aquel respeto que, por desgracia, sólo se prodiga a los falsos oropeles; cuanto para estimular a la juventud a emprender una carrera que no aparecía ya como incompatible con los halagos de la fortuna.

Empero, de un extremo vinimos a caer en el opuesto; los jóvenes se hicieron literatos para ser políticos; unos cultivaron las musas para explicar las «Pandectas»; otros se hicieron críticos para pretender un empleo, cuáles consi-

guieron un beneficio eclesiástico en premio de una comedia; cuáles vieron recompensado un tomo de anacreónticas con una toga o una embajada. Y siguiendo este orden lógico ha continuado hasta el día, en términos que un nuevo literato no sirve para nada, a menos que guste de cambiar su título de autor por uno de autoridad.

De aquí las irregulares anomalías que vemos diariamente; de aquí la prostitución de las letras bajo el falso ropel de los honores cortesanos:—¿Fulano escribe una letrilla satírica? Excelente sujeto para intendente de renta.—¿Zutano compuso un drama romántico o un clásico epistolario? Preciso es recompensarle con una plaza en la amortización.—Aquél que hace muy buenas novelas,

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

a formar la estadística de una provincia.—Este que ha traucido a Byron, a poner notas oficiales en una secretaría.—El otro que escribió un folletín de teatros, a representar al gobierno español en un país extranjero.

Entretanto, aquellos escritores concienzudos que ven en el cultivo de las letras su sagrada y única misión, y que no sabiendo o no queriendo abandonarlas, esperan recibir de ellas la única corona que aspiran, yacen arrinconados, y como se dijo al principio, peregrinos en su propia patria; y el pueblo que lo mira y los magnates que no comprenden la causa noble de su desdén, le arrojan al pasar una mirada compasiva, o llegan a dudar hasta de sus intenciones o su talento... «—¡Literato...! ¿Qué quiere decir literato?, le preguntará la autoridad al empadronarle. «—¡Poeta...!», repetirá el pueblo... «¡Valiente poeta será él cuando no ha llegado a ser ni siquiera intendente o covachuel!»

De esta manera la multitud, que sólo juzga por resultados, se acostumbra a ver la Literatura como un medio, no como un fin; como un título de elevación, no como un patrimonio de gloria; y entretanto que ensalza y eleva el talento, y engalana la persona del autor con relumbrantes uniformes, deja olvidadas sus obras en la librería, y por una singular contradicción, aquellos mismos escritos bajo los cuales se escondía una elevada posición social sirven al mismo tiempo para que el inhumano tendero envuelva en ellos las pasas de Málaga o los quesos de Rochefort.

RAMÓN DE MESONERO ROMANOS.

(El Curioso Parlante.)

(1803-1882)

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

EL SALVADO.—Me ha salvado la vida sacándome de ese río. ¿Cómo podría demostrarle mi agradecimiento?

El salvador.—No sacudiéndose hasta que me haya ido.

SIGUE A LA PAGINA XX

(1) Artículo publicado en Marzo de 1887.



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. Indicadísimo 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

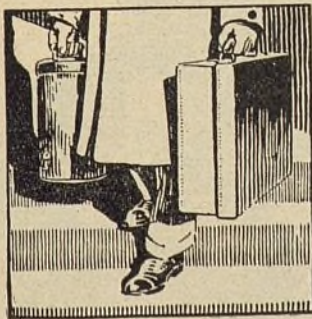
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

laboratorios **abelló**

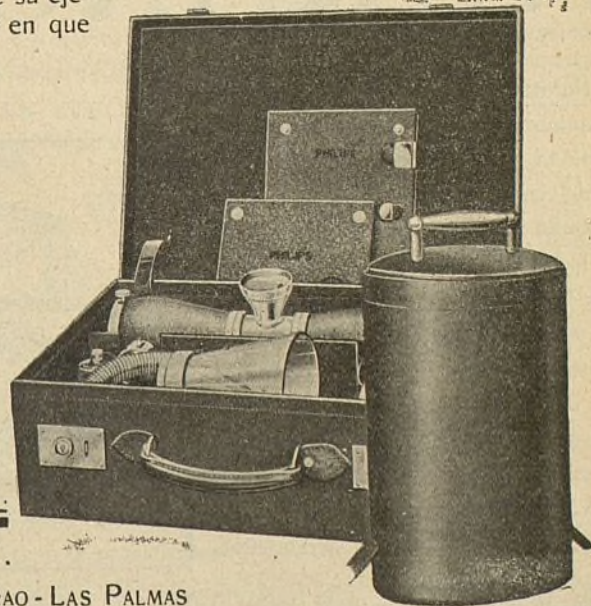
PHILIPS "Metalix"

¡PHILIPS "METALIX", EL APARATO PORTÁTIL DE RAYOS X!

¡El "Metalix" es el aparato de Rayos X ideal para el médico práctico! Sirve para radiografías y exploraciones, y puede llevarse a todas partes por lo reducido de su peso y lo manejable de su ejecución, incluso al propio domicilio del enfermo o al lugar en que haya ocurrido una catástrofe o siniestro.



- Todo el aparato empaquetado en dos maletas.
- Manejo sencillísimo y funcionamiento seguro.
- Protección absoluta contra la alta tensión y las radiaciones.
- Puede conectarse a cualquier enchufe de la instalación de luz.



Los señores Médicos pueden solicitar 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 salicílica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

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

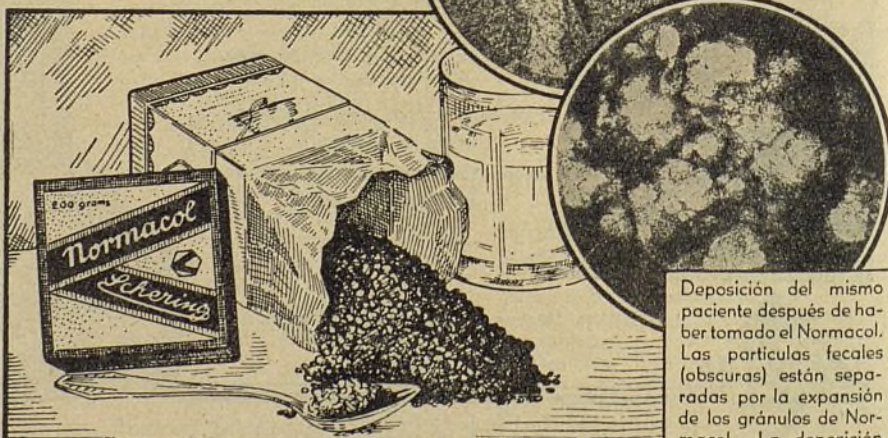
MUESTRAS Y LITERATURA - DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel
Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030 - MADRID



Aumentar el volumen del contenido intestinal NORMACOL

El Normacol consiste en un jugo de basorináceas desecado con una mínima cantidad de frángula. Ejerce su efecto principalmente por el enorme aumento de volumen que en virtud de su hidrofilia adquiere en el intestino, con lo que origina, por provocación del reflejo de expansión intestinal, la peristalsis normal, fisiológica. Forma en los intestinos una masa esponjosa, suave y emoliente, propiedades que hacen del Normacol el medicamento de elección durante el embarazo y muy especialmente en los casos de hemorroides

Envase original:
Caja de 150 grs.



Deposición de un caso
típico de constipación.
La masa fecal es dura,
seca y homogénea.

Deposición del mismo
paciente después de ha-
ber tomado el Normacol.
Las partículas fecales
(oscuras) están sepa-
radas por la expansión
de los gránulos de Nor-
macol. La deposición
es blanda y emoliente.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S.A. Apartado 479, MADRID
Apartado 1030, BARCELONA

82550518

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: *Progressi sumus, progredimur, progrediemur.*

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

SUMARIO: Sección científica: Cirugía estética: Corrección estética de los labios, por el Dr. Ramón de Asís. — Patogenia de la litiasis biliar, por el Dr. Santiago Carro. — Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, por el Dr. C. García Peláez. — Sobre el tratamiento y curación de las enfermedades infecciosas, por D. Mateo Llorca Pérez. — Bibliografía. — Periódicos médicos.

CIRUGÍA ESTÉTICA

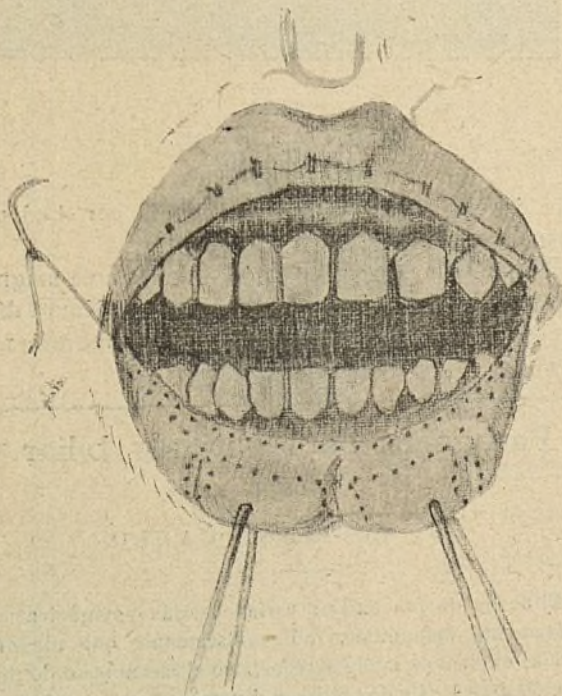
CORRECCION ESTETICA DE LOS LABIOS

POR EL

DR. RAMÓN DE ASÍS

Médico del Hospital del Buen Suceso de Madrid.

Los labios gruesos, muy frecuentes en los orientales, se presentan también en ocasiones en las razas europeas, constituyendo verdaderas deformidades dignas de tener en cuenta, dado lo fácil que resulta su corrección estética y lo exento de peligros en esta cla-

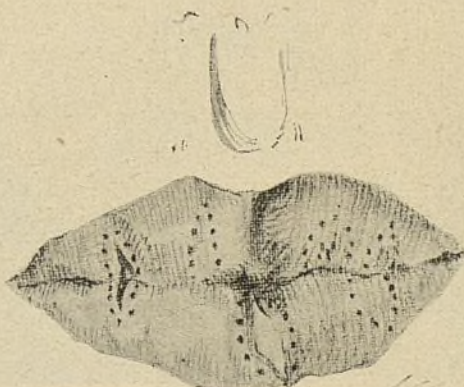


Esquema primero

se de intervenciones, tanto más cuanto es el único defecto que aflige a una fisonomía.

En el caso presente (fotografía núm. 1), la señorita XX, de diecinueve años, con labio superior excesivamente grueso, evertido y de corta o escasa dis-

tancia el surco nasolabial, tanto que le impide ocultar los incisivos superiores; labio inferior grueso también, flácido y colgante, dando el aspecto de boca

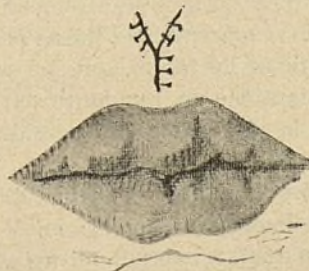


Esquema segundo.

entreabierta como en los afectos de adenoides, sin que exista motivo por mala conformación de los maxilares ni de los dientes.

OPERACIÓN

Lo interesante en todas las operaciones de estética es tomar las medidas y marcar los trazos por donde



Esquema tercero.

se han de efectuar las incisiones, si se quieren obtener buenos resultados.

Una vez obtenido el patrón y rectificadas las medidas (el patrón puede marcarse en lámina delgada de aluminio) se procede a la anestesia regional, empleando una solución de novocaína al 2 por 100, adi-

cionada de adrenalina. Es muy útil el empleo de las jeringas de anestesia dental.

Después de anestesiada la región, y esperando unos minutos para que se pase el edema producido por la infiltración anestésica, se procede al marcado de líneas, valiéndonos de una aguja fina con seda del



Fig. 1.ª
Antes de operada.

doble cero, y hacemos una especie de hilván en la superficie de la mucosa (esquema núm. 1), quedando así marcado el contorno de las partes a resecar. Este procedimiento es de gran utilidad, dado la dificultad de marcar la mucosa con ningún colorante, y tiene además la ventaja de no dejar tatuaje, sobre todo cuando se emplea en la piel, ni mortifica los tejidos.

Terminado el marcado de líneas pasamos dos sedas por el borde de los labios, que, en substitución de pinzas, las mantiene un ayudante para poder tener los labios en la posición más conveniente (esquema número 1).

Para conseguir mayor longitud de la distancia nasolabial hicimos una incisión en V y suturamos en Y (esquema núm. 3), ampliando así la longitud del labio superior.

Después resecaamos largas elipses marcadas en el interior de los labios a nivel de la mucosa (fig. 1.ª).

La sutura no debe hacerse con catgut; sobre todo, si es necesario quitar gran espesor de tejidos, corremos el riesgo de que sea eliminado en las veinticuatro horas. Algunas veces el espesor de los labios determina en éstos surcos verticales que se pueden corre-

gir por la pequeña ablación elíptica externa, prolongándola un poco sobre la mucosa (esquema núm. 2).

CUIDADOS POSTOPERATORIOS

La infección se evitará haciendo el paciente lavados de boca con solución de borato sódico; dos o tres



Fig. 2.ª
Después de la operación.

días deberá someterse a dieta líquida por el edema postoperatorio.

La fomentación con solución de sulfato de magnesia al 5 por 100 lo reduce notablemente. Nueve días son suficientes para quitar los puntos (fotografía número 2).

Patogenia de la litiasis biliar (1)

POR EL

DR. SANTIAGO CARRO

El hecho de que existan varias teorías patogénicas ardentemente defendidas, indica claramente que ninguna de ellas explica de modo satisfactorio el mecanismo de producción de los cálculos biliares. Examinemos las principales y los fundamentos en que se apoyan.

Teoría infecciosa.—Aunque ya a mediados del siglo pasado Meckel, Hein y otros autores establecieron los principios de la doctrina del *catarro litógeno*, fué Galippe quien,

(1) Ponencia de la primera sesión especializada que la Academia Médico-Quirúrgica celebró en homenaje a la memoria del Dr. D. Luis Urrutia el día 23 de Febrero de 1931.



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

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

GRANULADOS

URTICARIA · MIGRAÑAS ·
PEPTALMINE
4
TRASTORNOS DIGESTIVOS · ESTROFULO-ECZEMAS ·

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

PEPTO-ALBUMINAS
y
MARINA DE TRIGO
en la
envoltura

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

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

GRAGEAS

y
GRANULADOS

GRAGEAS

y
GRANULADOS

COLAGOGO

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

GRANULOS CHANTEAUD

<p>Acido arsenioso..... miligr. Aconitina amorfa..... ½ miligr. Agaricina..... miligr. Arbutina..... miligr.-centigr. Atropina..... ½ 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. Cientina (brohdto).. ½ miligr. Codeína.... miligr.-centigr. Digitalina amorfa.. miligr. Emetina..... miligr. Eaparteína (sulfato). centigr.</p>	<p>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..... centgr. Hidrargirico (bioduro) miligr.</p>	<p>Hidrastina..... miligr. Hiosciamina..... ½ 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 (valetto. de). 2 centig. Scilitina..... miligr. Sal de Gregori..... miligr. Sosa (arseniato de). miligr. Zinc (fosfuro de)... miligr.</p>
---	---	---



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

SEDLITZ CH. CHANTEAUD

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

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaqueca
Congestiones.

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

en 1886, fundamentó la teoría del origen microbiano de los cálculos, relacionando la formación de los biliares con la inflamación e infección de la vesícula biliar. Posteriormente, Naunyn y la escuela de Gilbert se sumaron a estas ideas, aportando pruebas, observaciones y hechos científicos de valor indudable.

Según Naunyn, el éstasis vesicular y la inflamación de la mucosa serían los factores determinantes de la litiasis. Las células epiteliales de la mucosa, descamadas merced al proceso inflamatorio, facilitarían la colesteroína y la cal necesaria para iniciar la formación del cálculo biliar. Posteriormente, por depósito de nuevas capas e infiltración del núcleo constituido, se operaría el proceso de la colesteroización del cálculo.

La escuela francesa, principalmente representada por Gilbert y Fournier, con Hartmann, Dominici, Mignot y otros autores, aportó en favor de la teoría infecciosa las siguientes pruebas:

1.^a La existencia de microbios vivos (colibacilos, bacilos de Eberth, anaerobios) en el interior de los cálculos, microbios susceptibles de ser cultivados.

2.^a La producción experimental de cálculos biliares mediante la infección de la vesícula biliar, realizada por primera vez, en 1893, por Gilbert y Dominici, inyectando a un conejo en el colédoco bacilos de Eberth; más tarde por inyección intravesicular de colibacilos y, en los brillantes experimentos de Mignot, por gérmenes distintos, como el estafilococo, el estreptococo y *bacilo subtiles*.

3.^a La frecuente aparición de la litiasis biliar a continuación de algunas enfermedades infecciosas, sobre todo la fiebre tifoidea y los procesos colibacilares; y

4.^a El hallazgo en la bilis de los enfermos de litiasis biliar, y en el interior de los cálculos, de microbios patógenos, principalmente el Eberth y el colibacilo.

A estas pruebas pueden oponérseles reparos tan valiosos como los siguientes: 1.^o La existencia de microbios patógenos en el interior de los cálculos puede ser debida a infección secundaria, penetrando los gérmenes a su través si no se trata de cálculos completamente impermeables. 2.^o El hallazgo, muy frecuente, de microbios patógenos en la bilis sin que originen la formación de cálculos. 3.^o La ausencia de síntomas de infección e inflamación vesicular hasta que la litiasis está completamente desarrollada; y 4.^o La ausencia de gérmenes infectivos en la bilis y en el centro de los cálculos, demostrada por Rovsing en la mayoría de sus 530 operados, en los que se persiguió escrupulosamente la investigación bacteriológica.

Pero no basta la infección biliar para provocar la litiasis, pues a diario vemos enfermos que eliminan por la bilis gérmenes patógenos, principalmente colibacilos, sin que se formen cálculos. Otros factores tienen que intervenir para ultimar el proceso.

Moynihan completa la teoría de la infección con la del éstasis vesicular creyendo que si los gérmenes son bastante virulentos y está disminuida la actividad vesicular se provoca secreción de colesteroína que facilita la formación del cálculo.

La influencia del éstasis como causa determinante de los cálculos biliares fué combatida por Rovsing, quien señala el hecho de que en numerosos casos de ictericia por retención, de causa no litiasica, no encontró cálculos vesiculares en el acto quirúrgico ni en las autopsias de los enfermos que sucumbieron a aquel padecimiento, observación que concuerda con la de otros autores.

Lange, Boysen y otros admiten siempre la infección como causa productora de los cálculos de colesteroína, mien-

tras que consideran aséptica la formación de los cálculos de pigmento cálcico, punto del que luego nos ocuparemos con mayor amplitud. En cambio, Aschoff, Bacmeister y Chauffard creen que los cálculos de colesteroína son independientes de toda infección y que los cálculos estratificados, con cal y pigmento, son consecuencia de un proceso inflamatorio.

Siendo las vías biliares normalmente asépticas y pudiendo haber en la vesícula gérmenes sólo anaerobios en estado normal, el hallazgo de gérmenes aerobios en los cálculos, que es lo más frecuente, supone la infección colestica. Esta infección se hace generalmente por vía sanguínea, en contra de lo que hace tiempo se creía sobre la propagación por vía ascendente hasta las vías biliares.

La infección vesicular puede ser debida a muy diverso origen, ya que por la bilis se eliminan numerosos gérmenes patógenos que llegan al hígado por la circulación porta. Muchas veces se presenta combinada la colecistitis a una inflamación e infección de otro órgano distante.

Brednow en un reciente trabajo (1) se ocupa de la colecistitis secundarias a cistopielitis, desechando la idea de una coincidencia patológica y considerando la misma la causa infectiva. Otros autores publicaron numerosos casos de infección simultánea del apéndice y de la vesícula biliar. Fabricius y Kohler (2), haciendo una revisión de estos casos, refieren que de 77 apendicectomías hubo necesidad de extirpar la vesícula biliar, por presentar síntomas inflamatorios, en 23, creyendo también que la misma infección puede algunas veces ser causa de pancreatitis. Según estos autores, esta infección sería frecuentemente ascendente a partir del intestino, alcanzando las vías biliares y la vesícula, en la cual, al producir una colecistitis crónica, podría ser el punto de partida para la formación de cálculos.

Algunos autores señalaron la coincidencia relativamente frecuente entre el cáncer y la litiasis vesicular; pero, como dice acertadamente Papin (3), no es defendible la teoría del cáncer litógeno, ya que casi siempre se acusan netamente, desde años antes de la aparición del cáncer vesicular, los síntomas litiasicos.

Los defensores de la patogenia infecciosa de la litiasis biliar explican la falta de síntomas de infección e inflamación anteriores a la presencia de los cálculos, diciendo que los estados colecistíticos ligeros son de evolución silenciosa, no dando con frecuencia manifestaciones clínicas hasta que la calciosis se halla constituida. Este argumento tiene, desde luego, gran valor clínico, como lo demuestra el hecho de que en numerosas intervenciones abdominales constituye inesperado hallazgo la vesícula litiasica, y lo mismo ocurre en las autopsias de muchos individuos que nunca habían acusado sintomatología hepática.

Rovsing argumenta contra la teoría infecciosa refiriendo el hecho de que en un 60 por 100 de sus operados de litiasis la bilis era estéril, sin que se encontrasen tampoco microbios en el interior de los cálculos, argumento al que contesta Hartmann diciendo que ello no excluye el que la infección hubiese sido anteriormente la responsable de la colecistitis y de la formación del cálculo.

La teoría infecciosa tiene, como se ve, numerosos partidarios que esgrimen argumentos de valor, no logrando, sin embargo, explicar el mecanismo completo de elaboración del cálculo a partir de la infección vesicular, por lo que la mayoría de los autores rechazan la idea de que la litiasis

(1) «Klinischer Beitrag zur Pathogenese von Erkrankungen der Gallen und Harnwege». *Zeitschrift für Klinische Medizin*, t. 105, cuadernos 3 y 4, 1927.

(2) *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. 41, núm. 11, 1923.

(3) *Journal de Médecine de Bordeaux*, 20 de Abril de 1929.

pueda considerarse como una enfermedad puramente local de las vías biliares.

Teoría humoral.—Aunque anteriormente sostenida por algunos autores, fué Bouchard, en 1882, quien dió principalmente vida a la teoría humoral de la litiasis biliar, englobándola en el grupo de enfermedades por retardo de la nutrición.

Según este autor, si la colessterina se producía en cantidad exagerada, sin ser quemada en el organismo, al llegar en grandes proporciones al líquido biliar se precipitaba, ocurriendo lo mismo si faltaban los jabones alcalinos por defecto de ácidos grasos debido a mal funcionamiento pancreático. La precipitación de la colessterina podía ser originada por otras causas que aumentasen la acidez de la bilis, detallando el proceso químico de tal precipitación y explicando, a la par que las condiciones necesarias para mantener la colessterina disuelta en la bilis, las alteraciones de régimen, género de vida, edad y estados patológicos que podrían más directamente influir en la aparición de la litiasis biliar.

Aunque la doctrina de Bouchard sea actualmente sólo un recuerdo histórico, debemos hacerle la justicia de que representó una concepción llena de intuiciones, orientando la atención hacia los factores químicos que intervienen en el proceso de precipitación de la colessterina y estimulando otras concepciones e investigaciones sobre la patogenia de la litiasis.

Teorías físicas y químicas—Lichtwitz ha elaborado una teoría físicoquímica sobre la precipitación de la colessterina, basada en las leyes que rigen las alteraciones de los coloides, teoría según la cual los microorganismos jugarían el importante papel de obrar, por sus albúminas, precipitando los coloides de la bilis y dando origen así a la formación de los cálculos.

Según Lichtwitz, la lecitina, la colessterina y la mucina se encuentran en la bilis en estado coloidal, manteniéndose en estabilidad mientras conservan la carga eléctrica negativa que les corresponde. Al comportarse los microorganismos como soluciones coloidales de albúmina, serían capaces de precipitar, por su supuesta carga eléctrica positiva, aquellos coloides.

Porges, Neubauer y Schade creen que la colessterina, existente en estado de emulsión coloidal, puede ser precipitada por los ácidos orgánicos, las sales ácidas y la saponina. Si un cuerpo extraño se encuentra en una solución coloidal en vías de sedimentación, alrededor de él se operan las estratificaciones concéntricas. Bacmeister y Flandin han podido obtener, *in vitro*, cálculos colessterínicos radiados, estando la bilis estéril, pero habiendo éstasis, lo que está en pugna con la teoría de Lichtwitz sobre la necesidad de la presencia de gérmenes que obren alterando el equilibrio coloidal. El simple éstasis, al provocar la disminución de colatos y de grasa, disminuiría el poder solubilizante de la bilis para la colessterina y determinaría su cristalización.

Esta teoría tiene en su contra el hecho bien probado de que el éstasis por sí solo no puede considerarse como causa suficiente que explique la formación de los cálculos biliares, como lo demuestra el no ser mayor el número de litiasis entre los enfermos de ptosis viscerales, particularmente de gastrocóloptosis, en los que suele existir éstasis vesicular por acodadura del cístico, sin contar los enfermos de retención biliar por otras causas.

Modernamente domina la idea de que la litiasis, por lo menos en sus comienzos, es aséptica y de que no es factor necesario el de la inflamación vesicular. Los cirujanos aportaron a esta idea hechos clínicos e investigaciones anato-

mopatológicas de gran fuerza. Moynihann, en Inglaterra; MacCarthy, en los Estados Unidos; Gosset, Georges J. oewy y Magron, en Francia, han obtenido de entre sus operados una serie de vesículas que contenían en su pared unas granulaciones amarillas que les daba interiormente el aspecto de una fresa. Merced a ensayos químicos, Gosset y sus colaboradores, principalmente Mestrezat, han podido demostrar que estos granos están constituidos por colessterina pura, recubiertos de envoltura epitelial y unidos a la pared vesicular por un pedículo más o menos largo (pedículo de la vellosidad), también relleno de granos de colessterina. Aunque en un examen superficial parece que dichos gránulos están libres en la cavidad, fijándose bien se puede observar que están sujetos por el fino pedículo. En el estado completo pudieron observar, además de los cálculos subepiteliales y pediculados, cálculos libres, de colessterina pura, sin coexistir con ninguna lesión inflamatoria.

Según Gosset, ciertos estados humorales, el embarazo, la convalecencia de algunas fiebres, mala alimentación, etc., podrían producir asépticamente, en la pared vesicular, montones subepiteliales de colessterina que evolucionarían hasta formar los cálculos libres de colessterina. Mientras que en la infección primitiva de la vesícula se engendrarían los cálculos de cal, la infección secundaria determinaría el depósito de las sales de cal sobre el núcleo de los cálculos colessterínicos de la litiasis aséptica.

Esta teoría, seguida por muchos cirujanos, no explica el porqué se determinan en la vesícula las alteraciones que presentan las llamadas vesículas frescas ni el mecanismo de precipitación de la colessterina en la por ellos llamada litiasis aséptica. Además de admitir la otra forma de litiasis y complicar la teoría con una explicación sobre la elaboración de los cálculos de tipo mixto.

Aschoff y Bacmeister, y, sobre todo, Chauffard, han establecido las relaciones entre la litiasis biliar y la hipercolesterinemia.

Grigaut, Flaudin, Gonalous, MacNee y otros investigadores demostraron con numerosos análisis que en la sangre de la mayoría de los litiasicos en vez de una cifra media de 1 gramo 60 por 1.000, que es la normal, existen 2, 3 ó más gramos de colessterina; que en el embarazo y en los ciclos menstruales hay en la mujer una acusada hipercolesterinemia, así como en los gotosos, litiasicos renales, y en la convalecencia de las infecciones, acompañándose el aumento de la colessterina en la sangre del aumento de la colessterina en la bilis, como ha podido evidenciarse fácilmente en los últimos años merced al sondaje duodenal.

Marafión también ha encontrado hipercolesterinemia en la menopausia y Rabinowitch (1) en la diabetes, tanto mayor cuanto mayor era el grado de azúcar en la orina y en la sangre. Scot Fowwtather y Collinson (2) hicieron estudios referentes, no sólo a la colessterina, sino también al calcium en casos de litiasis biliar, comprobando que el calcium en la sangre estaba elevado en 33,8 por 100 de los casos; en la bilis, en el 6,7 por 100 y en la vesícula biliar, en el 44,9 por 100, sin que estas cifras guardasen siempre relación con las de la colessterina. Miassnikow hizo estudios de colessterinemia en relación con la constitución, no sólo en personas sanas, sino también en diferentes estados patológicos (3), en-

(1) «Archives of Internal Medicine», vol. 43, núm. 3.

(2) «Certain chemical changes associated with gall-stones with special reference to the relation between gall-stones and hypercholesterolemia», *The British Journal of Surgery*, vol. XIV, núm. 56, 1927.

(3) «Beitrag zur Konstitutionforschung. Blutcholesteringehalt und Konstitution». *Zeitschrift für Klinische Medizin*, tomo 105, cuads. 1.º y 2.º, 1927.



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

SELLOS

GRANULADOS



TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO
DEBILIDAD - CARENIA
DESMINERALIZACION
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS. IX^e

TRICALCINE
EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO

HEMORROÏDES

HEMORROÏDES

SUPOSITORIOS MIDY

Adreno-estípticos

4

principios activos
de ahí su eficacia
cierta

Cada Supositorio
o 3 gr. de Pomada
contiene:

- Adrenalina ¼ gr.
- Estovaina } 0.06.
- Anestesia }
- Ex: de Castañas de India
- frescas Estabilizado 0.02
- Hamamelis.
- Cupressus.

POMADA MIDY

Adreno-estíptica

MUESTRA:
LABORATORIOS MIDY



POMADA ADRENO-ESTIPTICA

HEMORROÏDES

HEMORROÏDES

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

Ayuntamiento de Madrid

contrando hipercolesterinemia frecuente en los hiperesténicos y en las enfermedades propias de dicho hábito (obesidad, gota, litiasis, arterioesclerosis, hipertonia).

Paillard (1) llama la atención sobre el hecho de que muchos enfermos tienen depósitos de colesterolina en sus tejidos, tales como el xantoma y el ateroma arterial, sin que sus humores y sangre sean muy ricos en dicha substancia, así como que la hipercolesterinemia es intermitente y muy difícil de apreciar.

Aparte de la influencia que la alimentación puede ejercer en el aumento de la colesterolina en la sangre y en la bilis, demostrada experimentalmente, hay un origen endocrino debido principalmente a las cápsulas suprarrenales y al cuerpo amarillo del ovario, jugando un papel importante el sistema vagosimpático, sobre el que influirían las causas psíquicas. Su destrucción por un proceso metabólico se efectuaría en la sangre, músculos, riñón, tiroides, glándulas genitales y suprarrenales y sobre todo en el pulmón. La alteración de este proceso metabólico traería perturbaciones de la colesterolina en el plasma sanguíneo.

Pero, indudablemente, el papel más importante de la regulación y transformación de la colesterolina corre a cargo de la célula hepática. Según Grigaut, transforma una parte de la colesterolina en ácido colálico, que forma el núcleo químico de los ácidos biliares. Habría hipogénesis de las sales biliares, principales agentes de la solubilización de la colesterolina en la bilis, luego retención colesterínica en el suero y en la bilis y tendencia a la precipitación. El ciclo de la colesterolina no termina, por otra parte, con la eliminación por la bilis: atacada por los microbios del intestino, parte es eliminada con las heces en forma de coprosterina y otra parte, reabsorbida por el intestino, vuelve por la sangre al hígado.

Esta teoría de Grigaut tiene, sobre las otras, el gran mérito de relacionar la hipercolesterinemia y las causas de precipitación anormal de la colesterolina con alteraciones de la célula hepática, doctrina verdaderamente fisiológica y que satisface más que otras, más o menos hipotéticas.

Un punto muy importante y al cual se consagran numerosas publicaciones, es el del papel que cabe a la vesícula biliar con respecto a la colesterolina y a su influencia directa o indirecta en la producción de la litiasis. El asunto es muy complejo, pues ni aun hay conformidad sobre el papel funcional que la vesícula desempeña. Mientras Doyon, Meltzer y Lyon creen que la evacuación de la vesícula depende de su contracción simultánea con una relajación del esfínter de Oddi. Graham y Cole, Copher, Carson y otros, creen que la contracción juega un papel secundario en el vaciamiento vesicular, no dándole importancia al papel del esfínter de Oddi y opinando que son los movimientos peristálticos del duodeno, actuando sobre el colédoco, los que realizan la extracción de la bilis. Haberland sostiene la extraña tesis de que el vaciamiento de la vesícula biliar está condicionado a diferencias de presión en el cuadrante abdominal correspondiente a la vesícula, lo cual, según Pfuhl (2), daría en veinticuatro horas la fantástica cifra de 1.440 litros de bilis.

Blond defendió la opinión de que la vesícula biliar no vacía normalmente su contenido por el cístico, sino que lo reabsorbe, diciendo que la colecistografía sólo habla aparentemente en favor de dicha tesis. Brouner (3), que ha realizado numerosas observaciones, contesta a Blond afirmando que la colecistografía aporta un material de hechos objetivos que demuestran convincentemente el vaciamiento de la vesícula

biliar por vía cística, en contra de tales ideas y de las sustentadas por Halpert y Sweet.

La facultad de reabsorción de las substancias contenidas en las bilis por la pared vesicular parece un hecho comprobado, siendo muy acentuada dicha absorción para el agua y sus sales y muy escasa para la bilirrubina, colesterolina, lecitina y ácidos biliares. También es un hecho comprobado experimentalmente la contracción vesicular, así como el papel vicariante que ejerce la mucosa del colédoco, espesando la bilis después de la colestectomía, si bien no en el grado en que lo realiza la mucosa vesicular.

Como se ve, queda mucho por aclarar en cuanto a las funciones de la vesícula, así como en otros importantes factores que pueden contribuir a dilucidar la patogenia de la litiasis biliar.

Sin otra pretensión que la de haber hecho un recuerdo de las doctrinas que pretenden explicar la patogenia de la litiasis biliar y algunas modernas aportaciones de hechos e interpretaciones clínicas y experimentales, resumiremos las ideas actuales en las siguientes conclusiones:

1.^a La litiasis biliar no puede considerarse como una enfermedad local, sino como manifestación local de un estado morboso en el que juegan, entre otros factores, trastornos de la célula hepática y alteraciones en la composición de la bilis que dan lugar a la precipitación de la colesterolina.

2.^a Las infecciones, las causas tóxicas, las influencias psíquicas y cuanto pueda actuar produciendo trastornos y déficit funcional en la célula hepática, facilitan la aparición de la litiasis biliar.

3.^a Las alteraciones vesiculares y el éstasis biliar constituyen un factor de primer orden en la patogenia de la litiasis.

4.^a A pesar de las teorías enunciadas, apoyadas en hechos físicoquímicos, experimentos de laboratorio y comprobaciones biopsicas y necropsicas, en el estado actual de nuestros conocimientos no se puede afirmar de manera precisa y concreta la patogenia de la litiasis biliar.

Tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar (1)

POR EL

DR. C. GARCÍA PELÁEZ

Mi exposición es un estudio de 200 casos historiadados y operados por mí, no un comentario de la opinión de los demás que tenemos en los libros; por eso omito mencionar nombre alguno ni cifras de estadísticas.

En la litiasis biliar hay que distinguir dos épocas: la de localización exclusiva en vesícula, a veces de duración indefinida, y su exteriorización por extensión de sus dos elementos: infección y cálculo a órganos próximos.

En nuestras operaciones por afecciones digestivas encontramos con frecuencia vesículas de pared inferior engrosada, a veces edematosa y algo rojiza, de estado agudo, más o menos íntimamente pegada sobre úlceras piloroduodenales, tapando a veces una perforación silenciosa; son pericolecistitis por infección de contigüidad y vía linfática que sólo afecta a capas externas de vesícula, que no contiene cálculos y no extirpamos ni suele producir molestias ulteriores. Otras veces es una vesícula de aspecto normal, con un solo cálculo, a veces de buen tamaño, indicando su larga existencia y tolerancia que corresponde al llamado «cálculo aséptico», producido *in situ* por un trastorno del metabolismo.

(1) Ponencia de la primera sesión especializada que la Academia Médico-Quirúrgica celebró en homenaje al Dr. D. Luis Urrutia el día 28 de Febrero de 1931.

(1) *Journal Médical Français*, núm. 5.

(2) «Beitrag zur physiologischen Anatomie der Gallenblase», *Archiv für Klinische Chirurgie*, tomo 147, núm. 3.

(3) *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, núm. 43, 1928.

mo de la célula hepática, debido a infección, toxemia o alteración humoral; en suma, por una deficiencia hepática.

Quitando el cálculo por colecistodisectomía, quitamos por lo menos uno de los elementos de la enfermedad — el coque de la infección —, pero ante la sospecha de lesiones mínimas ya de ésta, será preferible extirpar la vesícula. Otras veces estas vesículas, con uno o más a menudo múltiples cálculos pequeños y facetados, presentan los caracteres patológicos de la colecistitis en sus primeros tiempos: opalina, opaca, deslustrada, poco flexible por espesamiento de sus paredes, depósito de grasa a lo largo de las líneas vasculares, ganglio cístico infartado y consistente, cístico espesado, a veces pelvis de vesícula pegada a colédoco y, al abrirla, mucosa grisácea.

En algunos casos la palpación nos da la sensación de contener algodón sin percibir cálculos, que corresponde a masa mucosa filamentosas, amarillentas, que aprisiona los calculillos como en una malla; todo esto recuerda el catarro litógeno de los autores, y este estado, en efecto, lo hemos hallado en aquellos casos recientes, operados con dos a dieciséis meses de fecha de padecimiento, y con tres a seis crisis moderadas de colecistitis con ictericia, fiebre, etc., es decir, en fase de actividad clínica paralela a brote infeccioso. La sección de los cálculos muestra núcleo central amarillo pardo con cristales de colesterina, otra capa blanca y la externa verdosa. Como es natural, practicamos la Ectomía y, tanto en este caso como en el anterior, aconsejamos tratamiento médico, alimenticio e higiénico.

Los síntomas inaugurales de esta colecistitis son: sensaciones de peso, plenitud, distensión u opresión gástricas a la media hora o tres cuartos de hora de las comidas, aliviado por eructos y calmado instantáneamente por vómitos; estas sensaciones son provocadas con bastante constancia por alimentos grasos y ácidos, y cuando no se alivian pronto pueden hacerse dolorosas, obligando a encorvar el cuerpo, flexionar el muslo derecho sobre el vientre, aflojar los vestidos de la cintura; provocan aguas de boca, hay respiración superficial, náuseas y con gran frecuencia enfriamiento y temblor (carne de gallina), con sudores de cara y cuello.

Con este síndrome puede coexistir a veces el del cólico hepático tipo mecánico: dolor brusco en hipocondrio derecho irradiado a espalda y epigastrio, respiración corta, sudores, postración y alivio también brusco, con apenas reacción febril, sin alteración o ligera leucocitosis. A veces es sólo un calambre (espasmo del esfínter de Oddi) o diarrea prandial (vesícula irritable) la única manifestación clínica del cólico. Estos síntomas duran a veces largos años o indefinidamente, por períodos más o menos distanciados, pero a veces evolucionan silenciosamente hacia la esclerosis y a veces con sintomatología tan atípica para simular otra enfermedad. Hemos tenido casos de colecistitis subaguda, operados después de una primera crisis violenta con ictericia, que presentaban vesícula esclerosada: en uno, tipo ulcerofibroso, incluso con dos generaciones de cálculos, y en otro, con acolia, tomado por colangitis, encontramos dos cálculos pasados al colédoco; el grado de lesión y tamaño de los cálculos indicaban un proceso activo muy anterior a la crisis. Hemos tenido una enferma que después de largo tiempo con síndrome inaugural poco definido presentó cinco meses antes de la operación un cuadro de molestias gástricas, anorexia, aquilia gástrica y edemas, interpretados como cáncer gástrico, cuyo hallazgo fue una vesícula escleroatrófica con cinco cálculos tamaño de avellana.

Cuando por exaltación de virulencia, aporte de más infección o nueva deficiencia hepática esta colecistitis latente o tolerada es substituida por un crisis subaguda, la enfer-

medad tiende a propagarse a los órganos próximos, dejando detrás de sí lesiones profundas de la vesícula, y cada uno de sus elementos, infección y cálculo, da lugar a nuevos síntomas y complicaciones. Las crisis se acompañan de ictericia en 70 por 100 de los casos, picores en 36 por 100 y fiebre en casi todos; como manifestaciones de insuficiencia hepática hemos observado hematemesis o melena en 9 por 100 y glicosurias ligeras y fugaces en 15 por 100. La intensidad o repetición de estas crisis va creando lesiones perdurables de reacción de gran importancia pronóstica. La vesícula se espesa progresivamente, se esclerosa y atrofia, reducida a veces a un dedal; el opérculo de Riedel bien desarrollado lo encontramos en 15 por 100 de los operados y el iniciado en 30 por 100; la hepatitis y perihepatitis en 26 por 100; los abscesos del hígado en 3 por 100; la cirrosis hepática en grado variable en 28 por 100. Hemos tenido cuatro casos de cáncer de vesícula calculosa con nódulos hepáticos circundantes, y en otros dos casos un cáncer de hilio hepático y páncreas y un cáncer del carrefour císticohepatocolédoco coexistían con vesícula calculosa el primero y no calculosa el segundo, pero enferma. En total, 3 por 100 de cáncer de vías biliares.

Las supuraciones del colecisto nos han dado diez perforaciones: una vez asentaba en cara hepática con pus y cálculos en hígado y las otras nueve veces en el fondo vesicular, con absceso peritoneal bien defendido en dos casos y con fistula vésicoduodenal en seis, uno de los cuales había expulsado por la brecha todos los cálculos al duodeno, suceso ignorado por la enferma. Otra de estas fistulas dió paso a un enorme cálculo en el curso de una crisis violenta, que atascado en la válvula ileocecal produjo un ileus biliar.

La colitis existió en 35 por 100 de los casos. La pericolecistitis fibrosa observada en 60 por 100 de los casos nos obligó a practicar gastroenterostomía en once casos, y en uno fue ésta la única operación por ser materialmente imposible por el estado general de la enferma y la solidez y englobamiento visceral del plastrón averiguar siquiera la existencia de cálculos. La propagación de la inflamación vesicular por corriente biliar o vía linfática al colédoco, sin cálculo — la colangitis — sólo la hemos observado seis veces (3 por 100).

La distribución de los cálculos y sus complicaciones de migración es la siguiente: 105 veces estaban sólo en vesícula: un solo cálculo 31 veces y múltiples las demás. 32 veces había un solo cálculo enclavado en cístico, formando colecisto y en 15 se acompañaba de múltiples en vesícula. 48 veces asentaban en colédoco: con un solo cálculo y vesícula atrófica vacía en 17; un solo cálculo y múltiples en vesícula en 4; múltiples en colédoco y vesícula en 27. Hemos tenido dos casos de enclavamiento retroduodenal que fueron movilizados a la porción supraduodenal del colédoco. En cuatro casos los cálculos vesiculares eran negros y múltiples, en uno de ellos con el mismo hallazgo en colédoco.

Un hecho que revela la persistencia o renovación de las causas de formación de cálculos en esta época de las complicaciones de la colecistitis, es la siguiente distribución de generaciones, adelantando que nunca hemos encontrado más de una generación en los casos operados tempranamente o desprovistos de complicaciones lesionales macroscópicas. En vesícula había dos generaciones 20 veces (una de cálculos negros) y tres generaciones una vez. En colédoco, tres generaciones una vez. Un caso con una generación vesicular y otra en colédoco. Todos estos casos eran muy crónicos y se acompañaban de alguna o varias de estas complicaciones. Parece que se ha establecido un círculo vicioso: el hígado enfermo causa la enfermedad; las complicaciones y lesiones producidas por ésta agravan la enfermedad del hígado.

La calculosis de colédoco complicó la colecistitis en 48 casos: sin provocar ictericia en 8 y en los restantes hubo ictericia hasta el acto operatorio desde veinte días hasta dieciocho meses de duración, con bilis purulenta y colangitis en 12. La ictericia por oclusión del colédoco sin cálculos la hemos observado también por motivos extrínsecos en 10 casos: tres veces por compresión de un colecisto a tensión; dos veces por pancreatitis grave de seis meses de fecha, con bilis blanca, y cuatro veces por plastrón de peritonitis local. Hemos tenido un caso de colangitis grave con perforación del colédoco y formación de absceso por delante del mismo. La pancreatitis acompañando a la colecistitis o calculosis de colédoco, la hemos observado en un 20 por 100; en un caso fué tan grave que dió 100 gramos de azúcar en orina por litro, reducida fácilmente con insulina. Hemos tenido dos casos de expulsión de cálculos por vía natural al intestino, con presencia de los mismos en la vesícula. Por último, tres casos se hicieron morfinómanos graves, otros tres padecían nefritis y cinco miocarditis.

Sólo en tres casos hemos operado precozmente: en un enfermo que cinco años antes tuvo infección intestinal de cinco meses de duración y al año una crisis subaguda con otra seguida un año más tarde, sufrió repentinamente un ataque con dolor violentísimo, fiebre alta, escalofríos, gran defensa en región vesicular, pulso frecuente, ictericia con acolia, y encontramos en la operación vesícula esclerosada edematosa, erétil, placa necrótica en un borde vesicular, bilis con pus y un cálculo en colédoco con colangitis. En otros dos con cuadro agudo y síntomas de peritonitis alta, encontramos la vesícula con pus cremoso y gran reacción peritoneal. Todos los demás casos han sido operados tardíamente en el curso de crisis aguda o subaguda, con perforación de vesícula y colédoco y formación de abscesos peritoneales enquistados, etc., y la mayor parte han sido casos que después de la crisis han quedado con dolor, con fiebre o ictericia. Las perforaciones silenciosas con fistulas viscerales, las adherencias subagudas, la pancreatitis, los abscesos del hígado, el pus en la vesícula aún sin leucocitosis, pero siempre con marcada linfocitosis; la calculosis de colédoco sin ictericia, etc., son los hallazgos frecuentes de estos casos. Los calculosos del colédoco se nos presentan como *blancos* (con colangitis y fiebres biliosépticas) en los que encontramos siempre lesiones agudas de hepatitis, abscesos visibles (habrá otros miliares), perihepatitis, peritonitis reaccional, bilis purulenta y pancreatitis; y cuando son *ictéricos* se nos presentan como *amarillos* o como *verdes*, según la fecha e intensidad de la oclusión, siendo los más benignos para el pronóstico los de oclusión sin colangitis y los amarillos más que los verdes. En estos casos la cirrosis biliar, la insuficiencia hepática y la intoxicación biliar han creado una disminución de coagulabilidad de la sangre con tendencia a hemorragia y muchas veces mortales antes de la operación, como hemos visto recientemente en dos enfermos a los pocos días de una crisis de oclusión.

Hay algunos casos en que ha desaparecido la ictericia y se ha amortiguado la infección al cabo de uno o más meses, poniéndose en las mejores condiciones para la operación; pero son la excepción, y además se han creado más lesiones, el enfermo se ha debilitado por la natural restricción alimenticia y ha corrido un riesgo grande.

La edad de nuestros enfermos al operarse era: de veinte a treinta años en 23; de treinta a cuarenta años en 54; de cuarenta a cincuenta años en 72; de cincuenta a sesenta años en 37; de sesenta a setenta años en 10. La fecha del padecimiento a partir de la primera crisis aguda era de dos a dieciséis meses en 15 casos; de uno a dos años en 30; su-

biendo hasta el máximo de cinco a diez años; y de aquí bajando hasta 5 casos de los veinte a treinta años. Como se ve, el mayor número de enfermos son, bien adultos o viejos con fecha de padecimiento máximo de cinco a diez años.

Nuestras conclusiones respecto a indicación operatoria son: La litiasis biliar no cura médicamente; sin embargo, la colecistitis simple, crónica, con sólo síntomas inaugurales, o el cólico hepático típico que sólo produce molestias de tarde en tarde, pueden conseguir latencias a veces indefinidas con un tratamiento médico alimenticio e higiénico (evitando excesos de mesa, de colesantina, el éxtasis hepático y vesicular con curas alcalinas y ejercicio, enflaqueciendo a los obesos, estimulando la función hepática con calor y opoterapia, alguna cura antiséptica biliar, etc.). Aparecida la primera crisis aguda o subaguda, indicando que el proceso ha entrado en actividad, la indicación operatoria es formal: Será precoz en casos agudos muy violentos, con hiperleucocitosis (supuración), o sin leucocitosis paralela a la agudeza (hipertoxia), con dolor frénico o de hombro, timpanización y parálisis intestinal (peritonitis), o fuerte y constante dolor en centro o a la izquierda del epigastrio con síntomas peritoneales (pancreatitis aguda), o desaparición brusca del dolor y a veces también del tumor vesicular palpable, con euforia del enfermo, pero mal estado general que empeora (perforación).

Una crisis subaguda que se prolonga más de una semana con fiebre e ictericia con o sin acolia (colangitis, cálculo en colédoco) debe ser operada. Las crisis subagudas breves corrientes serán diferidas al período frío. La oclusión de colédoco con ictericia febril o no debe ser operada no más allá de una semana.

La preparación de los enfermos exige gran cuidado: la de los *blancos* en período frío es casi idéntica a la de toda laparotomía; la de los *blancos infectados* y la de los *ictéricos* precisa dos o tres días de reposo, asepsia medicamentosa de vías biliares, ingestión de feculentos y azucarados (jugo de frutas), aun con pequeña glucosuria, dando insulina, calor por ingestión y vía venosa, inyección de suero fresco y hasta transfusión de sangre en los muy ictéricos o hemorrágicos; en suma, amortiguar la infección y combatir la insuficiencia hepática cargando el hígado de glucógeno y la tendencia hemorrágica, antes del nuevo ataque que vamos a inferir al hígado con la anestesia, el traumatismo y la dieta.

La anestesia no será nunca clorofórmica ni en período frío corriente, pues la litiasis biliar es por lo menos una deficiencia hepática. El éter como anestesia general con aparato Ombredanne y compresas calientes al final, o la raquí, o la local combinada con éter al final, será lo más apropiado según los casos. Los cuidados postoperatorios serán continuados, sobre todo suero glucosado, con dosis de insulina.

La región biliar a operar es reducida, profunda, complicada por la disposición de los conductos y vasos, la frecuente anomalía de éstos, pero todo ello es bien reconocido y la técnica es simple en los casos recientes. En los complicados están perdidas las relaciones y puntos de orientación, se alargan las operaciones, se cometen errores y a veces no podemos hacer operaciones completas o tenemos que hacerlas en dos tiempos. Es absolutamente necesario una escrupulosa exploración de todo el árbol biliar para no dejar olvidado ningún cálculo.

La ectomía es la operación de elección, cuidando bien de hacer la ligadura del cístico, no al ras del colédoco, que puede ocasionar estrechez de éste y a veces fistula biliar subsiguiente, ni dejar demasiado muñón que pueda reformar una vesícula; en muchas ocasiones lo que se liga es la pelvis vesicular, en cuyo caso por lo menos se debe destruir

la mucosa con termocauterio o cucharilla y toque de yodo.

Si hay colangitis drenamos además el colédoco, y si encontramos un cálculo en colédoco sin ictericia febril lo extraemos y suturamos. El drenaje peritoneal es condicional y reservado para aquellos casos dudosos de hemorragia o infección en el acto operatorio, siempre fuera de contacto de la ligadura cística y quitado prontamente. En todo caso de pancreatitis moderada, colangitis o ictericia febril, hacemos drenaje del colédoco y dilatación de la papila de Vater, y en casos muy graves que urge abreviar por estado hemorrágico o pancreatitis grave, si la vesícula es permeable a la bilis, la respetamos y hacemos fistula vesiculogástrica (drenaje interno) después de extraer los cálculos. Hemos tenido casos de tal gravedad, que prescindiendo de cálculos en colédoco hemos drenado el hepático completando la operación en una segunda intervención, una vez pasada la ictericia y la fiebre; y otros de ictericia profunda por cálculo en colédoco sin fiebre con vesícula vacía reducida a dedal, en que hemos abandonado ésta drenando el colédoco después de extraer el cálculo. En un caso de colangitis grave, por calcuosis de colédoco, después de separar la cuna hepática vesicular se desgarró el hepático, cuyo extremo proximal igualamos por sección circular, introdujimos un tubo de goma que por el otro extremo abocamos por agujero, en pelvis vesicular, con sutura, sacándolo por fondo de vesícula al exterior para efectuar drenaje y practicamos una fistula vesiculogástrica para restablecer la canalización una vez quitado el drenaje (se ligó el extremo distal del hepático). En otro caso de resección por úlcera duodenal en que seccionamos el colédoco, cerramos por ligadura los dos extremos y abocamos la vesícula al asa aferente de la anastomosis yeyunogástrica.

Mortalidad.—Nuestra mortalidad ha sido 20 casos (13 por 100) en las intervenciones por colecistitis y 17 casos (35 por 100) en el total de las de colédoco. Los casos de calcuosis de colédoco con colangitis (*blancos*) eran tres. Los *ictéricos* de un mes, un caso; de dos meses y pancreatitis, un caso; de tres meses, dos casos; de cinco meses, tres casos; de un año, dos casos; de dieciocho meses, un caso; e incluyo aquí cuatro casos de *cáncer* de vías biliares por tener localización múltiple.

El 70 por 100 de este número de muertos fué por insuficiencia hepática (una mitad en las primeras veinticuatro horas; la otra, del quinto al décimo día; un caso a los ocho meses de lucha por la vida). En el 30 por 100 restante, peritonitis, hemorragia de cuna hepática, acidosis, síncope cardíaco en el acto operatorio, colapso cardíaco en miocardiícos, shock, agotamiento general, fistula biliar, etc., fueron las causas supuestas o comprobadas.

Las manifestaciones infectivas o dolorosas que aparecen después de estas operaciones proceden del aparato pancreohepatobiliar o de los órganos próximos.

Son frecuentes las crisis de persistencia de la colitis, referidas al flanco derecho; y en cuatro casos la explicación de cólicos en hipocondrio y espalda derecho nos la dió la expulsión de cálculos con la orina. Un síndrome de estrechez pilórica, aparecido de diez a quince días de la operación, nos obligó a nueva intervención para practicar gastroenterostomía en seis casos. En la primera semana y al mes algunos enfermos han tenido dos o tres crisis de calambre doloroso epigástrico, con sensación de nudo y eructos durante veinte minutos a una o tres horas de las comidas, que pueden ser referidos a espasmos del esfínter de Oddi, paso al intestino de algún coágulo hemático o dilatación de colédoco, compensadora de la falta vesicular.

En dos casos con pus en vesícula subaguda, al mes y

tres meses apareció un cuadro doloroso de región vesicular con subictericia y fiebre, dando lugar en uno a la abertura espontánea de un absceso; los dos curaron. La hepatitis que existía ya en la operación dió lugar a un brote infectivo febril y algo doloroso, a raíz de una gripe epidémica, en un enfermo; y en otro, a los dos años, acompañado de nefritis. Un enfermo con cirrosis al operar, a los cuarenta días tiene crisis de hepatitis, que se reproduce intensa por la anestesia de una operación por fibroma uterino, y luego queda con dolor casi constante en el hígado y brotes de ictericia ligera.

Casos de verdadera recidiva de infección y cálculo son los siguientes: en la primera operación por cálculos múltiples de vesícula esclerosada, que se quitó, un enfermo tiene hepatitis y pancreatitis; a los seis años, crisis breves de dolor epigástrico febriles, y luego dos crisis violentas de un mes con dolor sincopal epigástrico y fiebre de 40°, 15.000 leucocitos con 92 por 100 P. N. y 100 gramos de azúcar en orina por litro, baja a cero con insulina antes de segunda operación (con raquí), en la que encontramos hígado cirrótico en grado máximo, perihepatitis, colédoco dilatado como un intestino con un cálculo como avellana y bilis blanca purulenta. Se practica colédoco-gastrostomía con gran facilidad; a los cinco meses de estar bien, nueva crisis dolorosa con fiebre de 40°, sin ictericia, dolor horrible constante en región gástrica y espalda, y muere con hemorragia por insuficiencia hepática a los ocho meses de la operación (recidiva de pancreatitis, colangitis y cálculo).

Otro caso análogo operado la primera vez en Bilbao, por litiasis biliar, a los tres años tiene ictericia con acolia, durante ocho meses, y dolores cólicos. Segunda operación por nosotros: Encontramos cirrosis hepática, colangitis, vesícula atrofiada vacía, un gran cálculo retroduodenal que es extraído; se hace drenaje en T un mes; a los nueve meses sufre 40 cólicos muy seguidos con fiebres altas e ictericia; una bronconeumonía agrava su estado, y desde entonces padece síndrome de colangitis grave con fiebre de 40°, dolor constante en hígado; tercera operación por nosotros (con raquí) muestra hígado muy cirrótico, perihepatitis y colédoco muy grande, con 20 cálculos; se hace dilatación forzada de la papila de Vater y drenaje en T.

Un caso de recidiva solamente de infección que ha precisado tres operaciones, es el siguiente: en la primera, por oclusión de colédoco en dos meses, encontramos vesícula relativamente poco alterada y un cálculo en colédoco con pancreatitis bastante acentuada; se hizo fistula vesiculogástrica. Al mes nuevas crisis de colangitis con acolia no total, y tres meses más tarde segunda operación, encontrando fistula cerrada (con bilis en vesícula), que se restablece ampliamente; se pone drenaje en T durante un mes, mejorando estado general y local; cuatro meses más tarde, repite la colangitis y acolia obligando a tercera operación, en la que hallamos colecisto que comprime el colédoco, colangitis y pancreatitis; quitamos la vesícula y drenamos nuevamente el colédoco con tubo en T; muere de shock.

Tenemos pendiente de operación a otro enfermo con cirrosis palúdica sufrida en La Habana, y seguida de colecistitis violenta con falsa angina de pecho, que en la primera operación en la que encontramos hígado muy cirrótico con perihepatitis, colangitis y pancreatitis, quitamos una vesícula esclerosada con cálculo y pus. A los dieciséis meses por inyección de vacuna en un arreglo de la boca, padece una crisis dolorosa, con fiebre alta e ictericia durante cuatro días; a los cuatro meses crisis de colangitis con fiebre bilio-séptica y dolores cólicos, acolia variable e ictericia que persiste durante cuatro meses, con indicios de albúmina en orina y pequeña glicosuria.

Como se ve, hay verdadera recidiva de los dos elementos de la litiasis biliar, siempre en casos muy complicados, en los que al quitar la vesícula o extraer los cálculos sólo hemos practicado una operación parcial o paliativa. Como lo mismo en terreno médico que quirúrgico el pronóstico lo dan las complicaciones, es deber elemental evitar éstas, operando a los litiasicos en cuanto son diagnosticados y convencidos que un tratamiento médico no es capaz hoy día de curarla.

Sobre el tratamiento y curación de las enfermedades infecciosas ⁽¹⁾

POR

D. MATEO LLORCA PEREZ

(Médico, Valencia)

Entre los varios problemas que interesan a la humanidad figura en primer lugar el que se relaciona con la salud, y dentro de esta sección el problema de más interés es el que comprende las enfermedades infecciosas.

Diariamente y a todas horas tiene el médico que verse ante esos temibles enemigos llamados microbios, invisibles e impalpables que indiferentes ante los medios que el médico emplea para destruirlos, siguen su marcha destructora, arrebatando la vida al enfermo, algunas veces, o dejándole otras impotente para el trabajo, constituyendo la desesperación del enfermo, de la familia y hasta del mismo médico.

Es de toda necesidad, pues, ante la escasez de medios eficaces de la Medicina actual, orientarla por otros derroteros de acción más positiva, más científica y más en armonía con las enseñanzas de la misma naturaleza. Precisamente por no seguir esas enseñanzas se ven fracasar un día y otro cuantos procedimientos el hombre propone con el fin de librar a la humanidad de tan terribles enemigos.

Si la naturaleza no dispusiera de medios de defensa para combatir la infección, la vida sería imposible; entre esas defensas las principales para mí son la fiebre y el sudor.

La fiebre, ese síntoma tan temido y combatido de la infección, no sólo no es nocivo, si no que es esencial para que el microbio no mate casi siempre al enfermo. Una colonia de microbios, puesta en un medio apropiado para su cultivo y desarrollo invade toda la masa por la facilidad del microbio en multiplicarse y no encontrar obstáculo alguno que le impida hacerlo; y ¿qué terreno más apropiado que los humores del cuerpo humano para el desarrollo y propagación de esos microorganismos? Veamos, ante todo, qué es la fiebre.

Por más que busqué, por libros y revistas, qué es la fiebre, nunca, nunca, pude encontrar una explicación clara, científica y terminante que dejara al espíritu satisfecho; una interpretación que estuviera en armonía con los fenómenos observados en la clínica, pero nunca pude encontrar lo que buscaba: muchas hipótesis, opiniones encontradas de los autores y siempre sin saber a qué carta quedarse.

Se ha dicho que la fiebre es debida a una substancia llamada «pirétógena», la cual, obrando sobre los centros nerviosos correspondientes, hace que éstos determinen un aumento de las oxidaciones y, como consecuencia, una elevación de temperatura.

Esa interpretación de la fiebre a nadie satisface por no ser científica, pues desde el momento que el enfermo pre-

senta mayor cantidad de calor supone un mayor consumo de energía. ¿Y de dónde sale esa energía?

Para conseguir una energía se necesita consumir otra; en la naturaleza nada se crea ni nada se pierde; para que una máquina de vapor marche es necesario que el fogonero la esté alimentando continuamente de carbon, de lo contrario no cumplirá su cometido. Si para obtener una energía en forma de calor hay que consumir otra, según ya hemos dicho, ¿de dónde sale esa fuerza que hace subir la columna termométrica a veces hasta 42°?

Es necesario buscar una verdadera interpretación de estos fenómenos, pues en la ciencia verdad no caben términos medios ni las ideas vagas y superficiales; es necesario profundizar, llegar al fondo y extraer la idea diáfana, clara y transparente, como es la verdadera ciencia.

Veamos el mecanismo por el cual se produce la fiebre, según mi manera de interpretar los hechos:

En un individuo que se halle en perfecto estado de salud funcionarán sus órganos, incluso los aparatos circulatorio y respiratorio, de una manera tranquila y serena, en estado normal; pero una colonia de microbios penetró en el organismo, y el primer síntoma que se presenta es el calor, centinela que da la voz de alarma; a no tardar, las toxinas que producen los microbios, pasando al torrente circulatorio, excitarán los centros nerviosos termógenos correspondientes, así como el centro circulatorio y respiratorio, y todos estos aparatos combinados entrarán en acción para dar la batalla al enemigo común, el microbio.

El corazón multiplicará sus latidos de una manera proporcional a la importancia de la infección, mandando el ventrículo derecho grandes cantidades de sangre negra, sangre reducida, a los pulmones; el aparato respiratorio, de acuerdo con el circulatorio, también aumentará el número de respiraciones, y, por tanto, la cantidad de oxígeno que se fije en la sangre también será mayor; la sangre negra, convertida en sangre roja u oxihemoglobina, pasa al ventrículo izquierdo, y éste por las arterias la mandará a los tejidos, donde tendrán lugar las oxidaciones con el consiguiente aumento de calor.

Si la cantidad de oxígeno que se mandó a los tejidos es mayor en los estados infecciosos que en estado normal, ¿cómo nos ha de extrañar que la temperatura en igual caso sea mayor?

Si la combustión es el acto de combinar el oxígeno del aire con los cuerpos puestos en contacto de él, con desarrollo de calor, cuanto más oxígeno haya mayor cantidad de calor debe producirse; por eso agregamos leña al fuego para que consumiéndose mayor cantidad de oxígeno haya mayor cantidad de calor.

Esta es la interpretación que doy a la génesis de la fiebre, y respecto a su fin u objeto es detener el proceso infeccioso, limitarlo, atenuarlo, para que la vida del hombre sea posible sobre la superficie de la tierra.

Si no fuera así, ¿por qué esa actividad tan extraordinaria de los aparatos circulatorios en los estados infecciosos? En un caso de fiebre tifoidea, por ejemplo, cuyo proceso dura cuatro semanas, ¿qué trabajo tan inusitado no supone para el corazón el sostener la temperatura elevada a fuerza de contracciones? y si esa elevación de temperatura no fuera útil, ¿cómo se explica que la naturaleza cometiera tales aberraciones?

La naturaleza no hace nada porque sí; si hay actividad extraordinaria en el corazón, para algo útil debe ser; no por matar al enfermo, como se ha creído hasta hoy, al producir mayor temperatura. No, la naturaleza no puede hacer eso; el microbio produce toxinas, pero fiebre no; pues ya

(1) Se nos ruega la publicación de este trabajo, presentado por su autor en la Dirección general de Sanidad en el mes de Abril de 1930.

hemos dicho que es la fiebre una energía, y con sólo excitar un centro no se ha de producir esa fuerza porque no se consume otra; se necesita para producir ese calor haya una reacción química o un trabajo como el que soporta el corazón mientras dura el proceso infeccioso; trabajo impropio excepcional es el que realiza ese órgano tan generoso, el más noble de nuestro ser, el que lleva la principal carga en las infecciones por tener que multiplicar el trabajo noche y día sin cesar un momento, siempre mandando oleadas de oxígeno a los tejidos, para con él quemar microbios o detener su formación o desarrollo, siempre en el palenque, sin abandonar el puesto mientras el ser existe, lo mismo en estado de salud que de enfermedad, ya que empezó el trabajo en el claustro materno, continuándolo hasta el último momento, pues es el que da el adiós a la vida con el último latido.

De modo que, según lo que acabo de decir, la fiebre no sólo no es mala, sino que es necesaria para contener el avance de la infección.

No dejo de comprender las mil objeciones que a esta teoría se podrán hacer, como a todo lo nuevo, pero yo la juzgo muy natural y científica y además de una importancia inmensa en la clínica, como veremos más adelante.

Otra de las defensas naturales importantísimas, y que la fisiología tiene casi olvidada, es el sudor.

Se dice que los tres grandes emunctorios para eliminar del organismo las toxinas e impurezas son el intestino, el riñón y la piel; se da mucha importancia a los dos primeros, sin apenas mencionar el último.

El intestino tiene su función bien determinada que cumplir, ya que es el que ha de preparar las sustancias para la nutrición, y que sea a la vez colector y eliminador de toxinas, no se concibe que cumpla al mismo tiempo dos funciones tan opuestas. Igual diremos del riñón, que también tiene su función en estado normal, y no es de que se le confíe la eliminación de toxinas e impurezas de todo el organismo, por lo menos en la proporción que se le suele atribuir.

No sucede igual con la piel, en la que se hallan 2 millones de glándulas sudoríparas, que la naturaleza puso allí, y no precisamente por el gusto de ponerlas, ya que ella nada hace que no tenga una razón de ser.

Estos 2 millones de aberturas, puestas en relación con el sistema nervioso y el sistema vascular, que se difunden por todos los órganos y tejidos, es natural pensar que, por la gran extensión de la piel, el crecido número de glándulas, y por la relación inmediata con el sistema circulatorio, según hemos dicho, sea el más indicado para eliminar del organismo cuantas sustancias puedan perjudicar.

Por otra parte, esa relación que existe entre estos órganos es de una importancia inmensa en la clínica si se saben sacar todos los beneficios que de estas relaciones se pueden obtener.

Si nosotros provocamos un sudor intenso en un individuo, esté sano o enfermo, cubriéndole para evitar la irradiación del calor o aumento de temperatura del medio ambiente que le rodea, veremos cómo el sistema glandular solicitará el concurso del corazón y éste no tardará en responder al llamamiento, aumentando en frecuencia las contracciones.

Al aumentar el número de contracciones la cantidad de sangre que afluye a los pulmones por la arteria pulmonar aumentará también y tendremos el mismo proceso que tuvo lugar en la infección; es decir, como entonces, habrá un aumento de temperatura que podrá oscilar entre 1 a 2°, como regla general.

De modo que con esa operación de provocar el sudor pondremos en práctica las dos defensas más poderosas del organismo: la eliminación de todas las impurezas y elevación de la temperatura, las dos muy necesarias y esenciales para determinar la muerte del microbio.

Sin embargo, el sudor y la fiebre no será bastante para curar la enfermedad; pero si introducimos previamente una sustancia de acción antiséptica, al elevar la temperatura de ese modo, o sea provocando el sudor, adquirirá esa sustancia el máximo de ese poder germinicida, tanto que no habrá bacteria que resista su acción.

De manera que ni el sudor ni la fiebre ni el producto que se emplee curan por sí solos, se necesitan que los tres coincidan para obtener el fin que nos proponemos.

De todo lo dicho se deducen las siguientes conclusiones:

1.^a Si nosotros ponemos a un enfermo una inyección de un metal coloidal en la proporción debida y provocamos por el procedimiento que sea una diaforesis intensa, el corazón adquirirá desde aquel momento una hiperfunción, es decir, multiplicará sus latidos de un modo proporcional a la intensidad del sudor.

2.^a Como consecuencia de ese exceso de trabajo del corazón y de una mayor actividad del aparato respiratorio, puesto que también aumenta el número de respiraciones, se mandará a los tejidos por la sangre arterial mayor cantidad de oxígeno y, por lo tanto, serán mayores las oxidaciones con el correspondiente aumento de calor; esto sucede lo mismo si el individuo está enfermo como si no lo está; igual si tiene fiebre como si está apirético.

3.^a En ese espacio de tiempo, en el cual la fiebre permanece elevada, el metal coloidal o sustancia antiséptica determina la muerte del microbio y el enfermo quedará curado si se repite la operación las veces que sean necesarias y el enfermo no se encuentra en un período muy avanzado de su mal.

4.^a La creencia generalizada por todas partes de que el sudor debilita a los enfermos no es verdad, pues con el nuevo método cuanto más sudan más fuertes se ponen, lo cual no se comprende si no se destruyera la causa origen de la enfermedad. Por otra parte, las sustancias que se eliminan por el sudor no son esenciales para la nutrición; si se debilita es que hay otras causas, como hemorragias, diarreas, etc., que coinciden con el sudor.

Comprendo que estas teorías se propaguen con dificultad por estar en pugna manifiesta con las ideas dominantes en la Medicina actual, pero es necesario ver las deficiencias de esa ciencia, por la que no comprendemos ciertos fenómenos ni su verdadera razón de ser.

Decir que para curar la tuberculosis de una manera radical hay necesidad de elevar la temperatura y provocar sudores profundos se halla tan en pugna con las creencias reinantes, que nada me extraña haya quien no lo crea, como no habría quien creyera a quien dijo por primera vez que la tierra se movía y que el sol estaba quieto. Pero hay que reflexionar un momento, detenerse y no juzgar los hechos por las apariencias, porque, como ya digo en otra parte, las verdades muchas veces no suelen estar a flor de tierra donde todo el mundo las ve, sino muy profundas, donde es muy difícil distinguirlas y de donde cuesta trabajos inmensos su extracción.

BIBLIOGRAFIA (1)

RECIENTES ADQUISICIONES EN PEDIATRÍA, por los doctores Wilfred J. Pearson y W. C. Wyllie. Traducido de la segunda edición inglesa por los Dres. Enrique Jaso y A. A. Muñoyerro Pretel, con un prólogo de J. A. Alonso Muñoyerro, de la Beneficencia Provincial y del Instituto de Puericultura. Javier Morata, editor. Madrid.

En un hermoso tomo, dividido en dos fascículos para su más fácil manejo y que suman más de 800 páginas, ilustrado con 34 figuras en el texto y 18 láminas se presenta esta interesantísima obra.

Comienza esta obra por un capítulo notable sobre la filosofía de la enfermedad, tipos clínicos y métodos clínicos de un gran valor práctico y que deberán seguirse para el perfecto conocimiento de las enfermedades del niño. Estudia muy bien las bases para el mantenimiento de la vida y la salud, los efectos de la radiación solar. El oxígeno (respiración y oxidación). Entrando después en el importantísimo estudio de las vitaminas, que tanto valor tienen en la nutrición y la salud del niño, pues sabemos que mediante ellas se favorece el crecimiento, se mantiene el bienestar físico mental del niño y le ayuda a resistir las infecciones.

En la segunda parte estudia las enfermedades del recién nacido. Alimentación y nutrición. Raquitismo y escorbuto. Alimentación de los niños mayores. Dientes y dentición.

En la tercera parte estudia la cabeza y sistema nervioso central. Cuello, cavidad torácica y sus enfermedades. Corazón y reumatismo. Enfermedades de la sangre. Abdomen y sus enfermedades. Afecciones del hígado y bazo. Aparato genitourinario. Los miembros.

En la cuarta parte se ocupa de los estados de nutrición, incluida la diabetes. Trastornos del crecimiento; fiebre de origen oscuro; sífilis congénita. Los «tests» cutáneos y algunos procedimientos de inmunización. Los rayos X en el diagnóstico clínico. Todos estos asuntos están tratados con los últimos estudios y progresos, resultando un libro utilísimo y necesario a todos los que se dediquen con preferencia a la práctica de las enfermedades de los niños.

Las ilustraciones son demostrativas, sobre todo las radiografías. Termina esta obra con un índice de materias por orden alfabético muy práctico.

Traducido por Enrique Jaso y A. A. Muñoyerro con discreción y presentado lujosamente por la acreditada casa editorial de Javier Morata.

DR. B. HERNANDEZ BRIZ.

LE CHANCRE MOU, por J. Milian. Un tomo de más de 50 páginas, con cuatro láminas fuera del texto, 20 francos. *La Pratique Médicale Illustrée*. G. Doin & Cie., éditeurs. París, 1931.

A propósito hemos seleccionado entre las monografías de *La Pratique Médicale Illustrée* que la casa G. Doin, de París, ha tenido la gentileza de enviarnos, la dedicada al chancre venéreo, debida a la pluma del profesor Milian, de París. La hemos seleccionado porque nos parece haber encontrado en ella, y con todos los respetos debidos al prestigio internacional del autor, materia de censura desde el punto de vista doctrinal.

El profesor Milian, de París, es indudablemente un

hombre bien dotado, digno por muchos conceptos de la autoridad que se le reconoce. Sin embargo, es persona demasiado imaginativa para la disciplina rigorista del verdadero cientifismo contemporáneo. Cuando forma un juicio lo mantiene rígido a través de todas las opiniones y de todos los convencimientos en contra.

La obra *Le chancre mou*, motivo de esta nota bibliográfica, está bien planeada y resuelta. Milian, sin embargo, insiste en ella de modo terminante en su opinión sobre la identidad nosológica de la adenopatía venérea y la enfermedad de Nicolás y Favre. Parece mentira que quien ha asistido, desde la presidencia de la Sociedad Francesa de Dermatología y Sifiliografía, a las discusiones brillantes sobre esta cuestión, en las que el propio Nicolás y otra infinidad de dermatólogos han planteado de modo firme los caracteres clínicos, claramente diferenciables, de una y otra afección adenógena, continúe acudiendo a débiles subterfugios clínicos para mantener tenazmente el criterio que desde un principio viene sosteniendo. A la perspicacia clínica del propio Milian no pueden haber escapado estos datos y nos resulta incomprensible dentro del rigor científico la posición de este ilustre sifiliógrafo francés, creador de una escuela donde se han formado una multitud de especialistas de todo el mundo.

Precisamente en los días en que hemos leído esta obra de Milian, la casualidad nos ha deparado suficiente número de casos de ambas afecciones para poder, por nuestra parte, valorar los datos diferenciales de una y otra adenitis, comprendiendo al final más claramente la falta de justificación del criterio de Milian.

Por lo demás, como decíamos al comienzo de esta nota, la monografía está perfectamente lograda. Resulta una lástima que la imaginación exagerada y el subjetivismo excesivo resten brillo a una personalidad y una obra de la consideración de las de Milian.

DR. TOMÉ BONA

TEORÍA DE LA EDUCACIÓN.—Con este título ha publicado en las postrimerías del año próximo pasado, en dos tomos voluminosos y repletos de amena lectura, el doctor D. Rufino Blanco, profesor de Pedagogía fundamental en la Escuela de Estudios Superiores del Magisterio, la segunda edición de tan interesante libro.

Estos dos tomos son una parte de las diez en que el maestro divide su obra cumbre, titulada *Enciclopedia Pedagógica*, y bien puede asegurarse que podrá serlo, dado que se encerrará en ella cuanto puedan desear los apetitos más expertos a la investigación del conocimiento de los principios y fines de la educación del hombre. El autor lamenta con modestia poco fingida los cortos vuelos de que dispone su ingenio para pretender llevar a cabo una obra de tan sublime esfuerzo como urgente necesidad en la enseñanza española; pero los que admiramos sus cuarenta años de incesante labor experimental y el haber ganado, a pesar de rudas luchas, los más elevados puestos en las enseñanzas de cuyas doctrinas se ocupa en su libro, no nos permitiremos dudar ni siquiera vacilar en lo más mínimo del servicio positivo que rendirá en nuestra patria la conclusión de tan completo estudio pedagógico.

Seguramente que se encontrará por ella o por los países que usan de su idioma algún *Narciso intelectual* a quien le asuste y le contradiga el volumen de estos dos tomos de la *Teoría de la Educación*; como no será difícil dentro del vasto terreno encontrar otros casi *Narcisos* que por no tomarse la molestia de leer algo hasta dejan sin corregir las pruebas de

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

lo mucho que escriben; mas al lado de ellos tenemos, felizmente, miles de millares de obreros abnegados en el difícil arte de educar y conducir seres semejantes nuestros, y al lado de estos últimos, otros, también miles de mártires opositores, que respirarán satisfechos ante este libro por haber hallado en él una obra mesurada y justa que cubre las ansias de su insaciable investigación, reuniendo, dentro de sus páginas limpias de tecnicismos retumbantes, las más recónditas ideas y los más sencillos métodos para el conocimiento del educando, completadas con una infinidad de citas de los autores antiguos y modernos más notables y con unas cinco mil noticias bibliográficas de otras tantas obras recomendables.

Esta obra, en dos tomos complementarios uno de otro y ambos a su vez de la citada *Enciclopedia Pedagógica*, pueden encontrarse por separado en la Librería Hernando, Arenal, 11; y los padres, maestros o interesados por la enseñanza y el bien de sus hijos que la estudien y la mediten, podrán apreciar cómo no han pasado en vano para el maestro que la ha confeccionado los quince años transcurridos desde que se agotó la primera edición ni los dos que le ha invertido la formación de esta segunda edición que comentamos y por lo cual le damos nuestra más sincera enhorabuena.

M. P.

22 Enero 1931.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Oct. Coquelet. UNA OPERACIÓN PALIATIVA CONTRA LOS DERRAMES PLEURALES IRREDUCIBLES DE ORIGEN NEOPLÁSICO.—Las neoplasias pleurales, ya sean primitivas o secundarias a un cáncer del pulmón o del seno, determinan rápidamente un derrame muy voluminoso. El pulmón se halla en colapso casi total y no respira apenas; el mediastino no tarda en ser rechazado y, a través del mismo, el pulmón adelfo es comprimido y puesto en un estado de impotencia funcional más o menos sensible. La capacidad vital de estos enfermos queda pronto reducida al mínimo y su disnea es extremadamente angustiosa, bastando el menor esfuerzo, y particularmente las quintas de tos, que no son excepcionales, para provocar verdaderas crisis de ahogo.

La toracentesis evacuadora no alivia apenas a estos enfermos por más de un día o dos, pues el derrame se rehace de ordinario en menos de cuarenta y ocho horas.

Con el objeto de aliviar en lo posible a estos enfermos del tormento que les produce su constante disnea, el autor ha ensayado con éxito una operación, a la que llama pleurostomía intersticial, que consiste especialmente en hacer una amplia incisión de la pleura posterior a nivel de la séptima costilla y, después de hacer un avivamiento, de los músculos de la región por su cara interna, volver a cerrar el tórax sin suturar la pleura parietal, pero ocluyendo el resto cuidadosamente, plano por plano, sin drenaje. De este modo se consigue establecer una especie de drenaje permanente por filtración del líquido pleural hacia los músculos y los espacios intersticiales de la pared.

No se trata ciertamente de una intervención elegante, pero proporciona alivio durante meses a unos desgraciados enfermos a los que hace menos cruel su larga y lenta agonía, y hoy que tanto se habla de la cirugía del dolor bien merece la pena fijar en ella la atención, ya que la disnea no es otra cosa que una forma del sufrimiento, y bien angustiosa por cierto. (*Le Scalpel*, núm. 40, 4 de Octubre de 1930).—T. R. Y.

L. Grefe. TEORÍA Y PRÁCTICA DE LA CURA DE DES-INGRASAMIENTO.—El tratamiento debe basarse principalmente en el régimen dietético, disminuyendo la cantidad de alimentos y estableciendo la cantidad de calorías necesarias según el peso del cuerpo, que se determinará por la estatura; cualitativamente deberán suprimirse las grasas y muchos hidratos de carbono; de modo que la dieta constará principalmente de albúminas, verduras y frutas, intercalando cuando sea necesario, los días de hambre absoluta y mitigada con verduras y frutas crudas. Sería, además, de suma importancia la restricción de líquidos, sin la cual es difícil obtener buenos resultados.

Cuando el régimen dietético no fuera suficiente, lo que suele ocurrir entre los obesos que se asisten en su propio domicilio, sería necesario recurrir también a la ayuda del tratamiento medicamentoso.

Pasa en revista los principales medicamentos empleados. Los preparados de tiroides, tales como la tiroxina, el incretán, la lipolisina y la tiroporina, constituyen el verdadero tratamiento causal, si se tiene en cuenta que en el desarrollo de la obesidad desempeña un papel muy importante la glándula tiroides. Los preparados mercuriales, como el novasurol, o en combinación con urea, como el salirgán, son considerados como muy eficaces, porque activan la deshidratación de los tejidos. Un preparado comercial, llamado decopa, actúa únicamente porque tiene la propiedad de hincharse, dando la sensación de repleción gástrica e intestinal, y por lo tanto, disminuyendo el apetito. Los medicamentos capaces de producir fiebre, tales como las proteínas, el hipertermán y el pirifer, a los que no se recurre sino excepcionalmente, actúan aumentando el metabolismo y la pérdida de agua.

En conclusión, sostiene el autor que todos los casos de obesidad deben llegar a la curación, si son convenientemente tratados, con un régimen dietético apropiado que puede apoyarse con algún medicamento, especialmente el novasurol o el salirgán. (*Rev. Med. Ger. Ib. Am.*, núm. 12, 1930.)

Gierthmühlen. PROFILAXIS Y TRATAMIENTO ABORTIVO Y CORRIENTE DE LA TOS FERINA CON LAS VACUNAS MUY CONCENTRADAS.—Después de insistir sobre las dificultades que existen para hacer un diagnóstico precoz de la tos ferina y de hacer notar la poca confianza que en Alemania inspira el tratamiento de esta enfermedad con las vacunas, a su juicio, por haber utilizado siempre vacunas muy débiles, da cuenta de la gran experiencia adquirida por Madsen en esta materia por haber tratado en total unos 2.700 niños en las islas Farøer, de los que 2.100 fueron inyectados con vacuna y 600 no. Madsen daba tres inyecciones; la primera con cinco mil millones de gérmenes, la segunda de siete y la tercera de diez. El resultado, dice, fué muy satisfactorio; la enfermedad evolucionó con mucha más benignidad en los niños vacunados, con tanta como no había visto hasta entonces. Los resultados fueron tanto mejores cuanto más precozmente se inyectó la vacuna. La mortalidad fué, asimismo, mucho menor, pero jamás consiguió yugular la enfermedad ni impedir que estallara en los niños vacunados antes de presentar signos clínicos evidentes.

El autor ha ensayado vacunas alemanas concentradas, primeramente en niños casi seguramente contagiados por haber estado en contacto prolongado con otros enfermos—en escuelas, etc.—, pero que aún no tosían. Comenzó, cuando menos, por inyectar mil millones de gérmenes y subió después a dos, cuatro, seis y ocho mil millones. Se hicieron subcutáneas, pues las intramusculares daban las mismas reacciones generales y, además, un dolor tan intenso que, si se

Jarabe de FELLOWS

Fortalezca la primera línea de defensa orgánica con
LOS ALIMENTOS QUIMICOS DE LOS TEJIDOS

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

Diagram illustrating the components and effects of the tonic:

- Left side (Conditions treated):**
 - DESMINERALIZACION
 - ATONIA MUSCULAR
 - CONVALESCENCIA
 - NEURASTENIA
 - DEBILIDAD
 - EMBARAZO
- Center (Product Name):**

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

El TONICO ALIMENTICIO
- Right side (Nutrients):**
 - MANGANESO
 - FOSFORO
 - POTASIO
 - HIERRO
 - CALCIO
 - SODIO

Diagram illustrating the properties and chemical composition of the heart:

- Properties (Left side):**
 - Antiateromatoso.
 - Hipotensor.
 - Desclorurante.
 - Diuretico.
 - Modificador de la endoarteria.
 - Modificador mineralo-tejidualar.
- Chemical Composition (Right side):**
 - M x A 13-14
 - M n A 7-8

GOTAS: en dosis de 10 á 25.
COMPRIMIDOS: de 3 á 5 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 á 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 á 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas.

Poderoso Antineurálgico

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

hacían en los glúteos, los niños no podían ni andar. La reacción general es desagradable por lo intensa, fiebre, grandes lloreras por los dolores, etc., que dan la penosa impresión de una agravación del enfermito. Se ha intentado combatir la fiebre reaccional con la salvoquina, pero sin resultado. Los niños así tratados padecieron una tos ferina tan ligera y breve que, en realidad, puede denominársela tos ferina frustrada.

En niños que ya tosen, pero que aún se encuentran en período catarral, comenzó por inyectar dos mil millones de gérmenes, subiendo a cuatro, seis, ocho, diez y doce mil millones. Esta última dosis se repitió varias veces. Se consiguió acortar y quitar intensidad a la infección.

Por último, en niños en franco período de accesos típicos de tos ferina se comprobó la disminución de los accesos de tos y, sobre todo, se suprimieron en casi todos los niños los vómitos. Esta acción parece ser específica, pues sólo falló en dos niños nerviosos pelirrojos. Como es natural, los niños inyectados con vacuna no tomaron medicina alguna, mientras que los no tratados, por oponerse sus padres, tomaron codeína, bromoformo y euquinina. Las complicaciones fueron escasas y no hubo mortalidad en los casos tratados al iniciarse la enfermedad. (*Münchener med. Woch.*, núm. 7, 1931). F. G. D.

F. Macrí. DERMOGRAFISMO EN LAS ENFERMEDADES INFANTILES.—He aquí las conclusiones en que el autor resume su interesantísimo trabajo:

En las enfermedades de la nutrición el dermatismo se inicia de ordinario muy tarde, presenta diversidad de color, desde el rosa claro al rosa obscuro, se difunde fácilmente y presenta diversas variedades en la estría blanca que acompaña a la estría dermatográfica.

Muy parecido es su comportamiento en las enfermedades del tubo digestivo; pero si hay disfunción hepática la reacción es escasa o nula.

Los enfermos del aparato respiratorio presentan un dermatismo rosado que se inicia pronto y dura cerca de diez minutos; pero en el lado enfermo es más intenso y dura más que en el sano. Cuando hay mucha disnea y cianosis es menos marcado y dura menos.

Se inicia más tarde, tiene un color que tiende al marrón y dura de cinco a ocho minutos en las enfermedades del aparato circulatorio.

En la diátesis hemorrágica se inicia y desaparece presto, y su color es rosa pálido. Apenas existe o falta por completo en las enfermedades de los órganos hematopoyéticos.

En las nefropatías es rapidísimo en aparecer y dura muy poco; aparece pronto y dura más—unos diez minutos—en las enfermedades de las vías urinarias, y es tardo y sostenido en los tumores renales.

Tarda casi siempre en iniciarse, pero dura mucho, hasta treinta minutos, en las enfermedades del sistema nervioso y casi siempre es rosado.

Se inicia pronto, tiene un color rojo marrón y dura mucho, difundiéndose por toda la región examinada en el monolismo.

En la tifoidea se inicia pronto y dura más de treinta minutos en el abdomen, siendo más fugaz en el resto del cuerpo. La línea roja se acompaña de dos estrías blancas.

Las fiebres exantemáticas presentan un dermatismo escaso, rápido y poco acentuado.

En el raquitismo es presto, dura mucho, tiene un color rojo marrón y se difunde de un modo extraordinario. En cambio en la espasmodia aparece muy pronto, pero apenas si persiste tres minutos.

La diátesis exudativa se caracteriza por tener dermatismo blanco.

Puede decirse en general que este síntoma es más rápido y más intenso en los niños que en el adulto, pero en éste persiste más tiempo. Estos rasgos son tanto más acentuados cuanto menor es la edad del niño. Las estrías son siempre más marcadas en el tronco que en los miembros. Predomina el dermatismo rojo en armonía con el estado vagotónico fisiológico del niño, y sólo se ven excepciones en aquellas enfermedades en las que esta vagotonía fisiológica se encuentra modificada, como ocurre en la tifoidea y en las enfermedades que recaen sobre un fondo de diátesis exudativa. (*La Pediatría*, 1931, núm. 4).—F. G. D.

J. Arcos. TRATAMIENTO DE LA LEPROA POR EL YODURO POTÁSICO.—Es preciso para aplicar esta medicación que las condiciones fisiológicas del enfermo no estén muy agravadas; que no haya alteraciones renales y que no exista hipertrofia del bazo ni cardiopatías. Bajo la acción del yoduro de potasio los lepromas se funden, y por las alteraciones febriles que su administración provoca activan las defensas orgánicas y cromatizan los bacilos en menor tiempo del que es preciso para obtener igual resultado con los etilésteres de los ácidos grasos del chaulmoogra. Pero es condición indispensable la de que la enfermedad no sea muy antigua para que la medicación se soporte fácil y ventajosamente.

Las conclusiones sobre el tratamiento de la lepra por el yoduro de potasio creemos aún muy prematuro consignarlas como definitivas. Bástenos decir por el momento que en los dos enfermos a quienes sometimos a ese tratamiento, con examen clínico y bacteriológico positivo de lepra, al comenzar la medicación fueron mejorados con éxito. Actualmente realizamos este ensayo en mayor escala y una observación detenida y minuciosa nos permitirá concluir.

Para terminar juzgamos necesario dejar testimonio de la preferente atención que la Junta Central de Asistencia Pública concede a los enfermos de lepra asilados en la casa que administra, pues no escatima gasto para facilitar los ensayos que se le sugieren y acaba de dotarla de un completo y moderno laboratorio bacteriológico, facilitando de esta manera que las observaciones se realicen de acuerdo con todas las prescripciones científicas. (*Bol. del Hosp. Civil de San Juan de Dios*, de Quito, 1 de Diciembre de 1930.)

A. de Assis. SOBRE LA VACUNACIÓN ANTITUBERCULOSA POR LA B. C. G. POR VÍA SUBCUTÁNEA.—Exposición de los resultados de la vacunación de 25 niños admitidos en el Preventorium Doña Amelia (Liga Brasileña contra la tuberculosis) con B. C. G. por vía subcutánea.

Para evitar inyectar el B. C. G. a niños posibles de encontrarse en período antialérgico de su infección familiar (niños provenientes de medios tuberculosos), se ha repetido en ellos las intradermoreacciones fuertes con uno o dos miligramos de tuberculina bruta, durante período de dos a seis meses con espaciamiento cuidadoso. En estas condiciones se han llegado a descubrir casos que de otra manera hubieran sido considerados como tuberculinonegativos.

Realizadas las precauciones anteriores, la introducción de dosis de B. C. G. hasta de una décima de miligramo, nunca se ha observado reacción general; los fenómenos locales han sido generalmente nulos o a lo más la formación de un nódulo duro o indoloro, reabsorbible totalmente sin dejar residuos. Por tanto, las dosis de B. C. G. han sido elevadas y capaces de favorecer la aparición de reacciones locales más o menos intensas. Se ha inyectado dos veces una centésima de miligramo; tres veces dos centésimas de mili-

gramo; cinco veces cuatro centésimas de miligramo; dos veces cinco centésimas de miligramo; 15 veces seis centésimas de miligramo, y una vez una décima de miligramo de cuerpos bacilares recientemente obtenidos de cultivos activos en medio de Sauton, cuidadosamente agitados y pesados con balanza de precisión.

Sólo una vez, empleando seis centésimas de B. C. G., las reacciones locales terminaron en la formación de un pequeño absceso frío, cuyo contenido se mostró incapaz de provocar tuberculosis evolutiva en el cobaya; este absceso curó totalmente, previa punción, dejando una cicatriz azulada.

Acaso sea lógico pensar que las reacciones muy benignas observadas en nuestros vacunados deban ser relacionadas con la investigación previa, muy cuidadosa, de la alergia tuberculínica, así como al aislamiento perfecto de los niños en medio seguramente no tuberculoso.

En los niños vacunados con seis centésimas de miligramo, a una décima de miligramo de B. C. G., las intradermoreacciones se han vuelto positivas en todos los casos al primer mes que siguió a la vacunación, persistiendo positivas hasta el noveno o décimo mes. Llamamos la atención sobre el hecho que el niño vacunado con una décima de miligramo de B. C. G., su tuberculinorreacción era todavía positiva diecinueve meses después de la vacunación.

La intensidad de la alergia a la tuberculina conferida por la B. C. G. a nuestros vacunados, ha sido débil; las intradermoreacciones fueron siempre intensas (uno a dos miligramos de tuberculina bruta original) y se leyeron generalmente después de veinticuatro horas, para precisar bien los resultados.

La reinoculación de dosis medias de B. C. G., dosis de cinco a seis centésimas de miligramo, a tres niños vacunados previamente con dosis semejantes y cuya alergia a la tuberculina pareció haber desaparecido, fué bien tolerada; ausencia de reacciones generales y locales. Estos niños eran claramente tuberculinopositivos a los uno tres meses e igualmente a los siete meses. (*Brasil Médico*, Río de Janeiro, 13 de Enero de 1931. Año XLV, núm. 5, pág. 97).—M. A. C.

G. Fasoli. LA AVITAMINOSIS EN RELACIÓN CON EL DESARROLLO DEL TEJIDO DENTAL.—Hasta hace unos años la caries dental se estimaba como una enfermedad local en la que tal vez tuvieran algo que ver ciertas causas predisponentes; pero hoy día todos están conformes en ver en la caries la expresión de un trastorno en el desarrollo del individuo que se refleja de un modo precoz y permanente en la dentadura. Para comprobar esto el autor ha llevado a cabo una serie de experiencias en ratas y de ellas deduce las siguientes conclusiones:

Los resultados anatomopatológicos obtenidos concuerdan exactamente con los de otros autores y demuestran cómo la avitaminosis ataca pronto y gravemente a los dientes que se están desarrollando, antes y con más intensidad que a otra serie de órganos.

Se debe esto a que se trata de un momento de los más importantes de su vida y en el que el recambio debe alcanzar su máxima intensidad para asegurar el desarrollo de los dientes, por lo que las alteraciones se producen con la máxima intensidad y dejan rastro indeleble en estos tejidos que, por estar en el término de su evolución, no pueden sufrir mejoras radicales ulteriores.

Concuerdan los resultados experimentales con las enseñanzas de la observación clínica, y de ellos se deduce que los disturbios de la nutrición general durante el desarrollo del tejido dental se traducen en una calcificación irregular y deficiente del mismo, dejando como residuo una inferioridad constitucional y una mayor predisposición a la caries.

Los resultados de experimentos hechos con abundancia de vitaminas y alimentación deficiente por otros conceptos, demuestran que son directamente las vitaminas las que influyen sobre la calcificación y formación regular de tejido dental.

Estos experimentos controlados con animales sanos, de las mismas condiciones e idéntica procedencia, demuestran palpablemente que en la avitaminosis hay una deficiencia total y macroscópica de los dientes junta con un retardo de la dentición y un desarrollo incompleto y retrasado de los maxilares.

En tanto que no sea factible pensar en un cambio radical del régimen alimenticio humano, volviendo a la ingestión de grandes cantidades de frutas y vegetales crudos, hay que aprovecharse de la terapéutica vitamínica que tenemos a nuestro alcance. Pero para obtener, a través de las nuevas generaciones, una constitución más sana del tejido dental es necesario iniciar el tratamiento durante el desarrollo intrauterino y seguir con cuidado la evolución del niño hasta la época de la adolescencia, extremando los cuidados en las épocas en que el crecimiento es más intenso, sin excluir, claro está, el uso de las vitaminas en todas las épocas restantes de la vida en que puedan ser utilizadas ventajosamente. (*Archivio dello Istituto Biochimico Italiano*, Febrero de 1930).—F. G. D.

P. Chevallier y L. Bloch. EL EXTRACTO ACUOSO DE BAZO EN EL TRATAMIENTO DE LOS PRURITOS Y ECZEMAS.—Los resultados terapéuticos conseguidos desde hace un año nos permiten confirmar los aportados por Pasteur-Vallery; Radot y P. Blamoutier.

Hace dos años, en Munich, nos llama la atención los trabajos del profesor May, en colaboración de Mancorps, con el extracto del bazo.

Cuando disponemos de extractos acuosos correspondientes a 12,5 gramos de bazo fresco de toro por centímetro cúbico en ampollas de 2 c. c., inyectamos subcutáneamente provocan dolor despreciable. Extractos privados de gruesas moléculas de albúmina; pero conteniendo productos de desintegración del parénquima esplénico, que son, sobre todo, aminoácidos.

En inyecciones subcutáneas, a la dosis de 2 c. c., provoca al séptimo, octavo, noveno y décimo día reacciones comparables a las que provocan las inyecciones intradérmicas a dosis débiles (enrojecimiento e inflamación de la región de inyecciones nuevas y reviviscencia edematocongestiva de las inyecciones anteriores que no habían dado reacción); de continuar las inyecciones, los fenómenos se atenúan y desaparecen; las nuevas inyecciones no se acompañan de reacción.

Al principio inyectábamos 2 c. c. cada dos días. Los resultados frecuentemente imperfectos, nos llevó a las inyecciones diarias y hoy inyectamos 4 c. c. cada dos días. Estas dosis fuertes provocan a veces—no siempre—algo de fiebre y malestar general.

Si el tratamiento da resultado inmediato y debe ser prolongado, lo mejor es interrumpir y repetir el tratamiento.

En la mayoría de los enfermos conviene inyectar desde el principio dosis elevadas.

Al iniciar esta terapéutica aconsejábamos: extracto esplénico, régimen e higiene especiales y tratamientos locales. Estamos convencidos de que estas precauciones son inútiles.

Los resultados de este tratamiento son siempre interesantes; frecuentemente llamativos; a veces extraordinarios, rápidos y completos.

Creemos que curar estos procesos sin régimen ni aplicaciones cutáneas, solamente por las inyecciones de extracto

ESTADOS POST-GRIPALES

En la lenta convalecencia de la gripe, tanto o más peligrosa que la enfermedad misma, se obtienen excelentes resultados con Nevrosthénine Freyssinge (gotas concentradas de glicerofosfatos alcalinos). - - Vigoriza el sistema nervioso. Repara las pérdidas orgánicas. Corrige los estados de debilidad general. No tiene contraindicación alguna.



NEVROSTHENINE FREYSSINGE

RECONSTITUYENTE REMINERALIZADOR

Solicite muestras y literatura del Laboratorio FEDERICO BONET / Apartado 501 / Madrid

EL PRURITO EN DERMATOLOGIA

En la mayor parte de las enfermedades de la piel, el prurito desempeña un papel capital. A sus molestias une la agravación consecutiva al rascado, que a veces disemina la lesión. Por ello la medicación antipruriginosa es de excepcional importancia en dermatología. El BÁLSAMO BEBÉ posee cualidades imponderables para el tratamiento externo. La mezcla de subnitrito de bismuto y de óxido de zinc que contiene le hace antiséptico, astringente y sedante del dolor. El kaolin que entra en su composición, impide la posible toxicidad por absorción y le hace inocuo y extremadamente enérgico. De ahí la gran eficacia del BÁLSAMO BEBÉ en los eczemas húmedos, seborreas, intertrigo, prurito vulgar, herpes y demás enfermedades de la piel en las que el dolor es la característica dominante.

El Departamento Científico de la Casa Federico Bonet, Apartado 501, Madrid, facilita a los señores Médicos literatura y muestras y, en cualquier caso concreto, la información científica correspondiente.



BALSAMO BEBE

Ayuntamiento de Madrid

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

BAD-NAUHEIM

(ALEMANIA)

EL MEJOR BALNEARIO DEL MUNDO PARA LOS ENFERMOS DEL CORAZON

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

de bazo constituye un gran progreso. Este tratamiento, el extracto acuoso de bazo, posee acción inmediata contra las dermatosis pruriginosas, especialmente el eczema y, sobre todo, el brote de eczema. (*Bulletin et Memoires de la Société Medicale des Hôpitaux de Paris*, 22 de Diciembre de 1930, año 46, núm. 35, pág. 1814).—M. A. C.

H. Frenkel SOBRE EL VALOR MÉDICOLEGAL DEL SÍNDROME TRAUMÁTICO DEL SEGMENTO ANTERIOR DEL OJO.—Desde 1916 venimos demostrando que las contusiones del globo ocular se traducen por un conjunto de síntomas, siempre los mismos, que hemos denominado «síndrome traumático del segmento anterior»; terapéuticamente nos ha llevado a reformar la fisiología patológica de la contusión ocular. En lugar de admitir que los síntomas son el resultado del retroceso del humor acuoso hacia el ángulo iridocorneano; en lugar de admitir una acción del líquido rechazando hacia atrás, decimos se trata de una subluxación del cristalino consecutiva a la rotura parcial de la zónula con desplazamiento del cristalino; primero hacia atrás, después de atrás adelante, como si fuera un sólido de atrás hacia adelante.

Desde el punto de vista práctico nos ha enseñado que:

1.º La subluxación del cristalino es más frecuente de lo que se supone.

2.º La existencia, en ciertos casos, de nuevos signos de subluxación: un pliegue semicircular del iris a nivel de su círculo mayor arterial independiente de él.

3.º Pequeños signos de subluxación que ponen sobre la pista de lo que pudiéramos llamar pequeña subluxación: desplazamiento de la pupila; midriasis parética; aspecto radiado del borde pupilar; hendidura radiada del iris; rarefacción del tejido irideo localizado en un punto; iridodialisis; desigual profundidad de la cámara anterior.

4.º Existencia de la catarata traumática por contusión directa; forma parte del síndrome traumático anterior.

5.º En ciertos casos existe el síndrome de pigmentación de la cristaloides anterior; es una iritis por contusión ocular; es una descamación del pigmento de la cara posterior del iris por colisión del cristalino subluxado con la cara retiniana del iris.

6.º Forman los casos larvados del síndrome traumático anterior: la midriasis paralítica y la iridoplejía, y oftalmoplejía interna traumática sin subluxación con o sin catarata parcial subcapsular.

7.º Los casos de miopía y de hipermetropía traumática forman parte de él.

8.º El signo de Argill Robertson traumático puede encontrarse en el segmento anterior.

9.º En los casos de contusión directa la agudeza visual puede disminuir sin proporción con las lesiones visibles del segmento anterior. En estos casos admitimos una repercusión sobre la región macular, en apariencia intacta, en realidad contusionada por el contragolpe.

Hechos de valor, especialmente en la medicina legal; se encontrará un criterio diferencial entre catarata espontánea y catarata por contusión directa. (*Bulletin de L'Académie de Médecine*, París, 1.º de Diciembre de 1930, 3.ª serie, t. CIV, año 94, pág. 401).—M. A. C.

Goerle y Voigt. TRATAMIENTO DEL ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME.—La etiología de esta enfermedad es muy discutida. Se creyó primeramente que era debida a la piemia; más tarde, fijándose en la frecuencia extrema de su aparición en primavera y otoño, se le asignó un carácter epidémico, aunque, por más esfuerzos que se hicieron, no fué posible encontrar su germen productor. El ir precedido

de una angina y algunas coincidencias hicieron que se hablara de sus íntimas relaciones con el reumatismo articular agudo, mientras otros creyeron encontrar relaciones etiológicas entre esta enfermedad y la tuberculosis y la sífilis. Más tarde, el estudio de sus lesiones hizo que se le estimara como una variedad de la estreptococia, a diferencia del eritema nudoso, que sería debido a una infección estafilocócica atenuada.

A compás de las variaciones en su concepción etiológica iban la de los tratamientos recomendados y se utilizaron todos los preparados de salicilatos, los antilúéticos, los preparados de calcio, el salol, la adrenalina y el cacodilato sódico. Más tarde se insistió en la desinfección intestinal y las dietas pobres en residuos tóxicos y aun se propuso la radioterapia del simpático cervical. Mueller obtuvo buenos resultados con la proteinoterapia.

Según los autores, el eritema exudativo múltiple es una lesión inflamatoria de los vasos finales de la piel, medianos y pequeños, y eventualmente también de los de la mucosa lingual, lesión inflamatoria que sería debida a múltiples sustancias tóxicas, especialmente venenos procedentes del tubo digestivo, de origen infeccioso—casos consecutivos a la gripe—y muy especialmente de infecciones crónicas ligeras y aun desconocidas como las tonsilitis.

Muchas veces cura espontáneamente, y cuando no, recomiendan los autores el carbonato amónico (tres cucharadas diarias de una disolución al 5 por 100) o el ácido salicílico (ácido salicílico, 10; licor de acetato amónico, 90; tres cucharadas al día diluidas en un vaso de agua azucarada). Si fracasa este tratamiento, lo que suele ocurrir cuando hay tonsilitis, recurren a inyectar durante tres o cuatro días 1 c. c. de estafloyatren, sin que pueda afirmarse si es el yatren o la vacuna estafilocócica lo que obra más eficazmente.

Con este tratamiento consiguieron también buenos resultados en los casos de eritema nudoso. (*Münchener med. Woch*, 1931, núm. 8).—F. G. D.

M. Bonniot. QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMÓN.—Con motivo de la presentación de tres interesantes casos, el autor revisa el diagnóstico y tratamiento de la equinocosis pulmonar.

Fuera de la comprobación de membranas o ganchos en la expectoración (signo tardío) y de la punción exploradora (que todo el mundo condena) no hay ningún síntoma patognomónico. La falibilidad del Weinberg y de la eosinofilia son bien conocidas. La reacción de Cassoni puede fallar también y el autor la encontró positiva en un cáncer hepático. Los signos clínicos faltan o son inciertos. Es clásico admitir que el diagnóstico precoz de los quistes hidatídicos del pulmón data de la era radiológica.

Los signos radiográficos *cardinales* son: la forma esférica de la imagen, la nitidez de sus contornos y la homogeneidad de la sombra. A estos caracteres se puede añadir: el crecimiento excéntrico de la imagen (comprobado en sucesivos exámenes), la ausencia de adenopatía hilar concomitante y el cambio de forma de la imagen en los dos tiempos de la respiración. El autor, sin negar el valor de todos estos signos, apunta que están muy lejos de dar una certidumbre absoluta; pero la presunción es tan grande que impone la tiracotomía exploradora. Juzga más importante insistir en que la ausencia de los caracteres radiológicos citados no permiten desechar el diagnóstico de hidátides. En efecto: no es raro hallar en la intervención quirúrgica quistes intactos, pero marchitos y sólo a medias llenos de líquido, separados del tejido pulmonar por un espacio en que se estanca el pus. Estos quistes no pueden dar una sombra esférica.

rica. Por otra parte, el tejido pulmonar periquístico reacciona contra el cuerpo extraño y se modifica en grado suficiente para dar una sombra radiográfica que esfume los contornos del quiste.

En cuanto a la terapéutica, el autor se inclina a preferir la intervención en dos tiempos, provocando la sínfisis pleural mediante un taponamiento yodado. Hace resaltar la posibilidad de extraer los quistes a través de una incisión pequeña y de una exigua resección costal con tal de elegir bien el sitio.

Le parece peligrosa la tendencia expectante que se extiende entre los médicos desde los trabajos de Dévé. La abstención debería limitarse a los quistes pequeños yuxtahiliares y ser condicionada por una atenta vigilancia del enfermo; el crecimiento de la imagen radiográfica, si se trata de un quiste cerrado, y la persistencia de los síntomas clínicos y radiológicos en los quistes abiertos, impondrán la intervención. En este último caso podría intentarse un neumotórax. (*Lyon Chirurgical*, tomo XXVII, núm. 3, Mayo-Junio 1930).—F. BLANCO.

G. Bagnaresi. FUNCIONALISMO GÁSTRICO EN LA ICTERICIA COMPLETA POR OCLUSIÓN, CON REFERENCIA ESPECIAL A LA DIGESTIÓN DE LAS GRASAS.—En la ictericia completa por oclusión se demuestra en la mayoría de los casos una hiperclorhidria más o menos intensa. La ingestión de grasas determina en estos enfermos una secreción hiperácida, la cual, sin embargo, es fugaz, asumiendo en el curso de la digestión gástrica un carácter hiperesténico asténico.

La motilidad está alterada con una tendencia a la hipertonía, la cual con ingestión de grasas alcanza verdadera contractura espástica, particularmente acentuada al cuerpo y región antral. En tal caso la porción cefálica tiende a aumentar de volumen; el peristaltismo se inhibe durante bastante tiempo, así como el píloro permanece cerrado; la evacuación gástrica se prolonga mucho tiempo, (*La Riforma Medica*, Nápoles 20 de Octubre de 1930, año XLVI, núm. 42, página 1.659).—M. A. C.

R. I. Cecil y N. Plumer. LA PULMONÍA CAUSADA POR EL NEUMOCOCO TIPO I.—Los norteamericanos han substituído la clásica división de la pulmonía, aún corriente en Europa, basada en la localización del proceso, en pulmonía lobar y pulmonía lobulillar o bronconeumonía, por una clasificación etiológica en la que aceptan tres tipos, I, II y III. La del tipo I corresponde al neumococo clásico de Fraenkel y en su tratamiento se utilizan con profusión los sueros específicos.

Los autores han estudiado miles de casos de neumonía en el hospital Bellevue, de Nueva York, y de su trabajo deducen las siguientes conclusiones:

1.^a De una serie de 3.662 casos de pulmonía de neumococos en el adulto y de 271 casos en niños han encontrado 1.161 debidos al tipo I.

2.^a Este tipo único se reconoce clínicamente por la precisión de su curso, su terminación por crisis y la frecuencia de complicaciones.

3.^a La pulmonía del tipo I es la más frecuente de las observadas en el hospital Bellevue de Nueva York. Corresponden a ella un tercio de todos los casos de pulmonía de los adultos. Es muy rara en los niños menores de tres años y se hace cada vez más frecuente conforme crece el niño.

4.^a La mortalidad de 412 enfermos que no recibían tratamiento por sueros fué de 28,2 por 100. Por causas desconocidas, la mortalidad en estos enfermos de neumonía tratados en el hospital Bellevue ha ido en aumento desde el

año 1921-1922 en que era de 20 por 100, hasta el 42,8 por 100 en el año 1928-1929. En los casos de neumonía con septicemia tratados sin sueros la mortalidad fué de 66,7 por 100.

5.^a El valor terapéutico del tratamiento sérico se ha puesto en evidencia clínica y experimentalmente.

6.^a En los primeros años se utilizó el suero Huntoon (suero polivalente para los neumococos tipos I, II y III). En 171 enfermos tratados con este suero la mortalidad fué de 14,9 por 100, y en los no tratados de 21,1 por 100. Pero con este suero las reacciones alérgicas eran muy fuertes, los escalofríos muy intensos y no todos los pacientes podían soportar la reacción.

7.^a El suero antineumocócico concentrado Felton, usado posteriormente, no presenta aquellas desventajas. La mortalidad, después de su uso en 239 casos, fué de 20 por 100 y en otros tantos tratados sin suero en la misma época de 31 por 100. (Recuérdese el aumento de la mortalidad general por pulmonías en este período.)

8.^a Por lo tanto, el suero concentrado Felton debe considerarse como un remedio que ha salido de la fase experimental y debe utilizarse ampliamente en terapéutica. Eliminadas de este suero gran cantidad de proteínas del suero de caballo de procedencia, son menos intensas las reacciones y más raras las complicaciones de exantemas y enfermedad de suero. Las dosis indicadas son de 10 a 20 c. c. del suero concentrado que se expende en tubos de estas capacidades. (*The Journal of the American Med. As.*, 22 Noviembre 1930.) F. G. D.

Nacionales

A. Torra Hubertí. RETENCIÓN INCOMPLETA VESICAL DE ORINA.—Consiste en la imposibilidad de emitir naturalmente por la uretra una parte de la orina contenida en la vejiga.

Esta retención incompleta puede presentarse aguda o crónicamente.

Retención incompleta y aguda.—En poco difiere de la retención completa y aguda, pues en la incompleta es posible una ligera micción gracias a las violentas contracciones de las paredes abdominales o también una micción por reboamiento a causa de la fuerte tensión intravesical de orina suficiente para vencer, irregularmente, determinados obstáculos al curso de la misma.

Remitimos a todo lo que llevamos dicho al hablar de la retención completa y aguda con respecto a causas patogénicas, sintomatología y tratamiento para hacerlo suyo en la retención incompleta y aguda.

Es conveniente no incurrir en el error de tomar esta clase de retención en enfermos de afecciones orgánicas del sistema nervioso con alteraciones de la sensibilidad del reservorio vesical, por una retención incompleta crónica distensiva, dada la índole diferente del tratamiento que ha de seguirse.

Retención incompleta crónica.—Las causas prostáticas y uretrales por una parte y las enfermedades medulares por otra, son los principales motivos patogénicos de esta retención. Las otras causas descritas pueden provocarla mucho más raramente, salvo la motivada por compresiones o desplazamientos uretrovesicales a causa de tumoraciones o deformaciones de los órganos vecinos.

Existen dos modalidades de esta retención: a) la *no distensiva*, en la cual la cantidad de orina retenida no supera la capacidad vesical normal; y b) la *distensiva*, en la que ella se supera, quedando la pared vesical en tensión constante. (*Rev. Méd. de Barcelona*, Noviembre de 1930.)

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

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,
Ontrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

Casos crónicos: de tres a cuatro cuchara-
das por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-
cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde
quimicamente 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 & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

YODEOSAL

Uso
externo

COMPUESTO DE YODO-MENTOL-ETER SALICILICO Y ALCANFOR 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

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

CARIES
OSEA Y
DENTARIA
TUBERCULO
LO/IS - RA
QUITISMO

BIONERGO
BLEFEL
ELIR E INTECTABLE

CALCIL
LEFEL

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTITUBERCULOSO

Correspondencia

administrativa . .

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

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

D. Miguel Carreras. — Le he remitido las páginas del Formulario que deseaba. También la Monografía IX. Agradecidísimo por su felicitación al señor Director.

D. Vicente Molinero. — Recibo su giro. Le envío el pliego de Clínicas que le faltaba.

(Continuad).

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

INVENTO NUEVO

Aparatos "Electro-Médicos" UNIVERSAL

con 12 modalidades electro-medicinales.

LA MAYOR EFICACIA. — SEGURIDAD. — PRECISIÓN
RESISTENCIA ILIMITADA. — GARANTIA ABSOLUTA

Precio: Ptas. 400 -.- Damos facilidades de pago.

Laboratorios Eléctricos :: 331, Apartado 331 :: SEVILLA

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina

de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

ALMORRANAS



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

ATLETISMO O DEPORTES

¿Debemos alentar a nuestros hijos, a nuestros discípulos, a nuestros jóvenes amigos, a que practiquen el atletismo? ¿Debemos alentar solamente la práctica juiciosa de los deportes sin el «espíritu de la competencia», y sin los largos y penosos «trainings» que ésta encierra?

Estas preguntas se nos hacen a cada momento. El público sabe que muchos atletas han muerto tuberculosos y que otros muchos padecen del llamado «corazón del atleta». El triste espectáculo de ver morir súbitamente a jóvenes después de duras pruebas, sobre todo de carreras cuarto de milla — una de las más severas competencias —, lleva al ánimo de muchos padres y de médicos el criterio de restringir el deporte a los jóvenes, cuando no suprimirlo.

Aclarar estas dudas, poner cada cosa en su punto, son el objeto de estas líneas.

En una «encuesta» reciente, algunos de los «trainers» y «coaches» más notables de los Estados Unidos han dado su opinión.

Julian Curtis, presidente de la A. G. Spalding & Brothers, un verdadero at-

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

leta, portador de numerosos trofeos, dijo: «Aconsejaría el atletismo a todo joven, con excepción del «track athletica». Este solamente lo permitiría cuando se contase con «trainers» perfectos y hombres que estudiaran las condiciones de cada muchacho. Es un hecho conocido que los jovencitos deseosos de obtener la victoria de su «team» o sus escuelas perjudican su salud, especialmente en las carreras de competencia de un cuarto de milla o media milla. Propiamente preparados, y entrenados, no veo sin embargo peligros». Respecto a las carreras de remos, tanto de dos como cuatro millas, el entrenamiento debe ser perfecto, única manera de evitar la fatiga y el desmayo. Ya, en las grandes competencias norteamericanas, no se ve el espectáculo de jóvenes rendidos y agotados al final de las competencias, como sucedió cierta vez en Inglaterra. Donovan, el famoso trainer de Harvard, Curran, Lawson Robertson y otros muchos sostienen los grandes beneficios del atletismo sobre la naturaleza de sus jóvenes discípulos.

George Huff trató de investigar la salud y condiciones físicas de jóvenes graduados en la Universidad de Illinois, tomando como base los casos aceptados o rechazados en el ejército durante la guerra europea, y teniendo presente

ELIXIR BERTRAN

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

sólo los que fueron aceptados entre aquellos individuos ejercitados en el track, foot ball, base-ball, etc. De los 341 individuos ningún atleta fué rechazado, ni fué encontrado, entre los ya graduados, ningún caso de «corazón de atleta». De los 341 atletas fueron acep-

tados 327, es decir, sólo rechazado el 4 por 100, mientras que en la población general el número de rechazados alcanzó el 29, o sea el 59 por 100. (Informe del Preboste General.) Ese 4 por 100 de rechazados comprende por lesiones

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

adquiridas fuera del atletismo, como defectos de la visión, sobrepeso (especialmente en los atletas que han hecho mucho foot ball y lo dejan luego), hernias no adquiridas en los deportes, sordera, etc., etc. Entre esos atletas no fué ninguno rechazado por defecto cardíaco ni pulmonar.

De estos estudios se desprende la urgente necesidad de que en aquellos centros en que se practique o estimule el atletismo para la celebración de competencias, se exija la presencia de «trainers» capacitados, así como de que todos los jóvenes sean examinados oportunamente y concienzudamente para permitir el ingreso a esas competencias solamente de aquellos cuyas condiciones físicas sean perfectas, y tener en cuenta que el atleta tiene y debe de «adaptar inteligente y progresivamente» su organismo al esfuerzo que deba realizar. Especialmente, los jóvenes de menos de dieciocho años deben ser examinados muy cuidadosamente antes de permitírseles el «training», que dura en muchas ocasiones largos y tediosos meses. No debe

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

de hacer atletismo todo el que lo desee, sino el que esté preparado para ello.

Los demás deben contentarse con practicar los deportes moderadamente, sin aspirar a las competencias, y los maestros, los encargados de esos centros, deben darle preferencia a estos últimos para evitarles el «saliento» y no menospreciarlos, como hacen con frecuencia, apreciando y estimulando solamente al que va a concurrir a las competencias. Los deportes son necesarios para toda buena higiene, pero no debe exigírsele a todo joven que los practique para competir y lucir. Ese defecto de muchos entrenadores, directores, etc., hace que muchos no se ocupen de los deportes, con la falsa idea de que todos han de hacerlo para competir. Este error hace que los deportes, tan útiles, se conviertan en arma de doble filo o perjudicial; porque el individuo no preparado para realizar las grandes hazañas, o se abandona o fuerza su na-

turalidad, hasta destruirla, alentado es-túpidamente por algunos entrenadores.

El atletismo, para los seleccionados por médicos competentes y entrenadores conscientes; los deportes, como el golf, el tennis, limitadamente para el individuo que no aspira a la competencia, sino a mantener la salud perfecta.

LUX.

EXTRAVAGANCIAS

Hace unos cuantos años lanzó un joyero humorista al mercado de la moda el «anillo de divorcio», cuyo escudo estaba formado por dos pequeñas flechas orientadas en sentido contrario. Una dama inglesa, mistress Rebecca Whatt, que a la avanzada edad de ochenta y un años ha fallecido en Portsmouth, ideó a su vez el «collar de divorcio».

Mistress Whatt, que había estado casada siete veces, y en cu o anular no cabían ya, lógico es, todos los anillos de sus respectivas bodas, discurrió hacerse con ellos un collar original, que ostentaba con el mismo orgullo «que si hubiese sido la cruz de Guerra».

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Los baños y la limpieza.

Ocurre a veces que los habitantes de la ciudad se burlan de los campesinos que no se bañan nunca; otro tanto podrían hacer los campesinos con respecto a los ciudadanos que se bañan en ciertas piscinas ciudadanas.

En la *Revue pratique de Biologie appliquee* H. Carrion insiste en este asunto. Desde 1911, Atkins puso de manifiesto tres categorías de enfermedades infecciosas que pueden ser contraídas en las piscinas públicas: en primer lugar las afecciones intestinales; en segundo lugar las afecciones de los ojos y de los oídos; finalmente, las afecciones venéreas. Más recientemente se comprobó, en París, entre los clientes de estos establecimientos, que existían casos de conjuntivitis folicular aguda, de espiroquetosis icterohemorrágica, de infecciones gastrointestinales, de dermatosis, de trastornos del aparato respiratorio y de lesiones venéreas.

Sería difícil que tales hechos no aconteciesen, dado el estado del agua empleada en estas piscinas. Son tales, que M. M. Bordes y Neveu, hace más de un año, declararon en la Academia de Ciencias que la insalubridad de estas aguas constituía un verdadero peligro público.

CARABANA: el mejor purgante.

Demostraron que existe un modo bien sencillo de darse cuenta, macroscópicamente, de la suciedad del agua. Este método consiste en filtrar bajo presión algunos litros de agua a través de discos de franela blanca. Todas las sustancias en suspensión quedan entonces

detenidas en la superficie de estos discos, pudiéndose entonces evaluar la cantidad de sustancias extrañas, haciéndose si se quiere también el examen microbiológico. En dicha sesión se pudieron ver los mencionados discos en número de seis: uno de ellos era casi inmaculado; se había filtrado a su través agua de una piscina elegante y de acero costoso. En cuanto a los demás, que mostraban el resultado del mismo procedimiento aplicado a las aguas de pis-

Lactofitina: reconstituyente infantil.

cinas populares, presentaban cambios de coloración que iban desde el gris perla al gris oscuro casi negruzco.

Los análisis de las aguas en estas condiciones han mostrado poseer en ocasiones, por centímetro cúbico 40.000 coli y 180.000 gérmenes de otras clases. Desde luego, no se trata de identificar ahí ciertos gérmenes específicos, que ya dan por sí la evidencia clínica de su existencia.

Hay que tener presente que las piscinas no representan una masa de agua corriente. En ellas se emplean dos sistemas: uno consiste en llenar la piscina de agua en la cantidad necesaria e ir la cambiando de cuando en cuando. Si se reflexiona que estas piscinas reciben diariamente 1.200 a 1.400 personas que se agitan en 700 metros cúbicos de agua, es fácil imaginarse que al cabo de cierto tiempo el agua ha de haberse ensuciado considerablemente.

El mejor sistema consiste en derramar constantemente en la piscina una cantidad determinada de agua que reemplaza otra equivalente que se vierte al exterior.

En Suecia, donde las piscinas públicas son muy frecuentes, nadie puede penetrar en la piscina sin haber sufrido previamente, de manos de un enfermero especial, una ducha caliente con fuerte jabonadura, prudente medida que evita la suciedad del agua y en cierto modo la proyección de orina en su interior. Otra medida que debe tomarse es la expulsión de los sujetos que escupen en el agua.

Respecto al agua misma, Manhelme, en 1920, establecía los siguientes principios:

La cantidad de bacterias del agua de una piscina de natación no debe sobre pasar la cifra tolerable para el agua de bebida. Si el agua no reúne las condi-

Para las Estanococias de todas clases forúnculos, ántrax, erupciones de primavera y verano **BARDANOL**.

ciones debidas, será esterilizada antes de verterla en la piscina.

La piscina debe recibir un aporte continuo de agua reciente o, lo que es todavía mejor, de agua procedente de la piscina, que vuelve a ella previo filtrado y depuración.

El agua debe ser desinfectada a intervalos regulares o de un modo continuo, a menos que se cambie cada día. El número de colibacilos por centímetro cúbico no debe pasar de 10.

M. Dujarric de la Riviére ha revisado completándolos estos principios fun-

damentales. Se detiene especialmente en la depuración del agua, que debe hacerse por filtraje y desinfección. Según él, son en general los ríos los que alimentan las piscinas. A su llegada estas aguas contienen ya numerosas impurezas y materias orgánicas. A su paso por la piscina se cargarán, además, de residuos orgánicos animales. La acción del antiséptico encargado de su purificación sería larga y difícil si no sufriesen un tamizaje previo que debe correr a cuenta de un filtro. El agua, tomada en la parte honda de la piscina, debe ser dirigida mediante bombas a las cámaras filtrantes y a la salida de las mismas debe adicionársele un antiséptico retornándola entonces por diversos accesos a la cavidad de la piscina.

Respecto al antiséptico de elección, M. Dujarric de la Riviére cree que debe ser el cloro. Tal es el que ha sido elegido en diversos países. La dosis debe ser un gramo aproximadamente por metro cúbico de agua.



CONTRA LA TUBERCULOSIS

El preparado antituberculoso AO, que el profesor japonés Raikichi Arima fabrica en su laboratorio de Osaka, viene aplicándose con éxito durante dos años por los médicos húngaros. El profesor Arima ha ofrecido varios centenares de ampollas de su suero a los hospitales húngaros, donde, según las observaciones médicas, a la tercera inyección reduce la fiebre, el peso del enfermo aumenta y su estado general mejora. El tratamiento del profesor japonés parece particularmente eficaz contra la tuberculosis ósea.

LOS OASIS del Sahara, especialmente Bathás, Biswabi y Fagyrat, están poblados de familias judías y hay lugares en que aquéllas pasan de seiscientas, teniendo numerosas sinagogas y más de cien rollos de la ley en pergamino.

Cerca de la frontera de Berbería hay un gran número de judíos negros. Cada familia posee su rollo de pergamino conteniendo el Pentateuco; pero no los escritos de los profetas, si bien no les son desconocidos. Sus plegarias, escritas igualmente en pergamino, se componen de versículos de los salmos bíblicos. Estos judíos negros no conocen el talmud, pero observan ciertas prescripciones rabínicas, mezcladas con prácticas tomadas de sus vecinos los musulmanes y paganos.

El origen de estos judíos negros se atribuye a que después de la destrucción de Jerusalén por los romanos, algu-

nas familias judías huyeron al desierto de Sahara, donde fueron amistosamente recibidas por los negros, que hicieron alianza con ellos. Por haber contraído unión con los naturales del país, sus descendientes adquirieron el color negro, aunque conservando el tipo judío, y guardando las creencias de Israel.

Esto demuestra que el color en el género humano no constituye una especie diferente, sino que es una variedad accidental, tomada del clima o país donde se vive.

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

—¡AY, DOCTOR! ¡Cómo sufro! ¡Máteme usted!

—Nada de consejos, jovencito. Yo sé mi obligación.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Vitoria ha fallecido el Dr. Faustino López Armentía, antiguo suscriptor a esta Revista. A su familia le enviamos nuestro pésame.

—A los veintinueve años de edad, en pleno triunfo científico, económico y social, ha fallecido en Davos Dorf (Suiza) el Dr. D. Vicente Calvo Criado, cultísimo maestro, ejemplar compañero e integérrimo ciudadano; figura sobresaliente de la Facultad de Medicina de Sevilla, cuya biografía aparece suscrita por el compañero R. Rodríguez Galindo en el *Boletín del Real Colegio de Médicos* de la citada provincia.

Descanse en paz el imponderable compañero que sacrificó su vida en holocausto de la ciencia.

—En Coruña falleció pocos días ha, el reputado médico D. Demetrio Etchevera Rodríguez, médico de la Beneficencia municipal, director del Dispensario antituberculoso y miembro de la Real Academia de Medicina de la Coruña, recientemente agraciado con la Cruz de Beneficencia, que le fué ofrecida por suscripción.

—Pasó a mejor vida la distinguida dama madre del Dr. Bandelac de Pariente, médico de nuestra Embajada en París, a quien acompañamos en su duelo.

—En Roncesvalles falleció el titular D. Eduardo Fernández Leys.

Kelatox: Sedante atóxico.

—En Azpeitia falleció D. José Eguiguren, estimadísimo compañero, ex diputado provincial y antiguo representante de Guipúzcoa en la Junta de gobierno y patronato.

—En Cuaño de Santa Ana falleció el médico D. José María Joue Vanells, escritor muy conocido y de gran prestigio.

—En Villamantilla (Madrid) el médico D. Angel Gómez.

—En Bernardos (Segovia) el médico titular D. Antonio Paseual del Campo.

—En Barcelona el médico D. José Llaquería Labró.

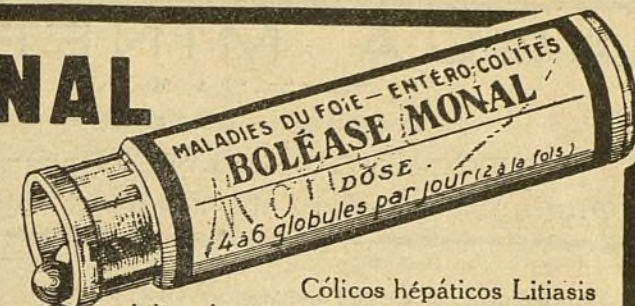
BOLEASE MONAL

Globulos glutinizados de extractos completos
— et inalterables de Bilis et de boldo —

COLAGOGO - TÓNICO - HEPÁTICO - ANTI-TÓXICO

**Enfermedades del Hígado
y del Intestino**

DOSIS : 4 à 6 glóbulos por día



Cólicos hepáticos Litiasis
biliar, Icterias, Congestiones, Colemias,
Enteritis, Estreñimiento crónico,
auto-intoxicaciones

LABORATOIRES MONAL & C^{ie}, 6, RUE BRIDAIN, PARIS

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

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

Muestras á disposicion de los S^{res} Medicos
Agentes Generales para España
CURIEL Y MORAN Aragon 128 Barcelona

Vacantes.

Ponemos en conocimiento de nuestros lectores que pienen solicitar la vacante de Sotodosos (Guadalajara) y sus agregados, que existe un compañero que tiene contratadas a las familias pudientes.

—En el Boletín Oficial de Palencia se anuncia la siguiente vacante.

Pedraza de Campos. Por renuncia, la de médico titular e I. M. de S., con el haber anual de 1.650 pesetas. Puede contratarse con los vecinos pudientes. Solicitudes hasta el 26 de Marzo.

(Continúa en la pág. XXI).



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada
con ceraina.)

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, Villadiego.

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 á 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

Pidanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

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

—Por renuncia, la de m. t. de Acenchal (Badajoz), partido judicial de Almendralejo, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 4.686; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—V. con Ay., a 8 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. y 54 de la c. Carr. Río.

—De nueva creación, la de médico tocólogo de La Orotava (Santa Cruz de Tenerife), con el haber anual de 3.000 pesetas. Población, 12.907; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 600; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

—Por renuncia, la de m. t. de Morales de Toro (Zamora), partido judicial de Toro, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.989; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—V. con Ay., a 7 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. y a 37 de la c. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Villar del Cabo (Ternel), formando el partido además del indicado los pueblos Frías, Griegos y Guadalaviar, partido judicial de Albarracín, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.370; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—L. con Ay., a 28 km. de la c. de p. y a 58 de la c. La est. más próx., a 50 km. Río.

—De nueva creación, la de médico tocólogo de Pantón y Ferreira (Lugo), partido judicial de Monforte, con el haber anual de 3.000 pesetas. Población, 11.654; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Ay., a 10 km. de la c. de p. y a 70 de la c. La est. más próx., a 5 km. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Valfogona de Balaguer (Lérida), partido judicial de Balaguer, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 954; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—L. con Ay., a 4 km. de la c. de p. y a 23 de la c. Carr. y río. Ferrocarril.

Se halla vacante para desempeñarla interinamente la plaza de médico titular de Grimaldo (Cáceres), con 300 pesetas anuales. Solicitudes hasta el 21 de Marzo. Alcalde, Isidoro Ruano.

—La Sociedad Unión Obrera de Socorros Mutuos, de Ponferrada (León), saca a concurso la plaza de médico en propiedad, con el haber anual de 5.000 pesetas.

Las solicitudes deberán dirigirse al presidente de dicha Sociedad, juntamente con los méritos que cada uno de los concursantes alegue.

El plazo de admisión de solicitudes termina el 31 de Mayo próximo.

D. Rafael Juan y Sintes. El giro sí era corriente y siendo el segundo devuelto le retiro el periódico.

D. Antonio Rodríguez Lorenzo. Otra vez le retiramos el periódico.

D. Francisco González Fabián. Si desea continuar recibiendo el periódico mande el importe.

D. Prudencio J. Sánchez. Rectificamos su pago teniendo abonada la suscripción hasta fin de Junio de 1931.

D. Antonio Torres López. Rectificamos su pago teniendo abonada la suscripción hasta fin de Diciembre 1930.

F. Sánchez Fernández. Los motivos de la irregularidad en la recepción del periódico desde hace precisamente los dos meses que usted indica, es consecuencia de la huelga de tipógrafos. Nos pondremos al corriente al final del mes en curso y verá cómo continúa recibiendo, como anteriormente, el periódico.

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 MENTALES Y TOXICOMANIAS

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

posterior; la respiración se paraliza por la contractura de todos los músculos respiratorios, incluso el diafragma, y la cara toma un tinte cianótico.

Los músculos de la lengua también se contraen y la proyectan hacia adelante, colocándola entre los arcos dentarios, y como quiera que los músculos masticadores también se encuentran fuertemente contraídos, la enferma corre peligro de morderse la lengua si no se interviene convenientemente. La sangre que fluye de estas mordeduras se mezcla con la saliva y forma una espuma sanguinolenta. Los miembros superiores se encuentran rígidos y extendidos a lo largo del cuerpo; la mano cerrada de modo que los cuatro dedos últimos se encuentran en flexión sobre el primero. También los miembros inferiores se encuentran rígidos. Este período afortunadamente es muy breve, de forma que no suele durar más de quince a veinte segundos.

Tras de este tiempo comienza a restablecerse la respiración, si bien con movimientos de poca profundidad y entre cortados; también son los músculos de la cara los que inician la reanudación de la motilidad, por medio de contracciones bruscas y rítmicas que se extienden en seguida a los demás músculos del cuerpo. La cara hace entonces las muecas más diversas, los globos oculares ruedan en las órbitas en todos sentidos y la lengua se proyecta de nuevo al exterior y corre el peligro de sufrir nuevas mordeduras. También los miembros muestran movimientos convulsivos, pero esta serie de movimientos no suelen poner a la enferma en peligro de caer de la cama, pues la tendencia general de los mismos es a que el cuerpo se recoja sobre sí mismo. Durante este tiempo, que puede durar tres a cinco minutos o más, la cara se presenta en parte congestionada y en parte cianótica, y a veces llega a tener tal ingurgitación y tal hinchazón que se ha comparado nada menos que con el aspecto de los cadáveres de personas ahogadas que han permanecido varias horas sumergidos. Se restablece la respiración, si bien al principio se hace con mucha dificultad y ruidosa, tanto por el espasmo de la glotis como por la cantidad grande de mucosidades que obstruyen la entrada de la misma.

una enferma desde el período en que se iniciaron las molestias la deja llegar a este extremo.

El estreñimiento es frecuente en el embarazo, y en las mujeres que ya tenían tendencia a él se hace muy tenaz. Necesita el tratamiento dietético adecuado: laxantes suaves y enemas a poca presión; pero con cantidad abundante de agua. La diarrea es mucho más rara que el estreñimiento. La higiene, la dieta láctea y la medicación de opio suele bastar para corregirla. La importancia fundamental de la diarrea está en que a veces es un fenómeno de compensación por la imposibilidad de eliminar bastante líquido por el riñón, deficiencia que debe investigarse sin pérdida de tiempo.

Los edemas, sobre todo los de los miembros inferiores, son bastante frecuentes en los tres últimos meses del embarazo. Las causas de los mismos son diversos. Unas veces son la consecuencia de las grandes varices y más que de éstas de la dificultad de la circulación de la sangre por hipotonía de las paredes de los vasos. En otras ocasiones se deben al entorpecimiento, también de la circulación de retorno, pero por un útero exageradamente grande, por ejemplo, en los casos de embarazo gemelar o de hidramnios y, por último, quedan los casos más importantes por la atención que requieren del médico, que son los edemas a consecuencia de una nefropatía. En el tomo sexto y en el capítulo de «Nefritis» hemos tratado convenientemente de las alteraciones renales que se producen en el embarazo y no hemos de insistir en ello; baste recordar que el médico no se debe conformar con la investigación de la albúmina en la orina. Es cierto que esta investigación, que es fácil, es también de mucha importancia; pero el estudio de la tensión sanguínea, del sedimento urinario y, en especial, la indagación de si en este sedimento se encuentra o no se encuentra sangre, son factores importantísimos para hacer el diagnóstico exacto del proceso renal que la enferma padece y para instituir el tratamiento conveniente. Por no tenerlo en cuenta se afirmó por algunos excelentes tocólogos que existía una forma de edema independiente de la albuminaria, debido exclusiva-

mente a la autointoxicación gravídica y que si no se trataba convenientemente por medio del régimen lácteo y del reposo terminaba en la albuminaria y la eclampsia. Cuando la mujer se encontraba muy débil o cuando no se la había sometido a un tratamiento conveniente, tardaba bastante tiempo, después del parto, en reponerse y en que desaparecieran los edemas, habiéndose llegado a describir una caquexia serrosa que indicaba este estado.

Entre las complicaciones más graves del embarazo y del puerperio se encuentra la eclampsia, llamada corrientemente puerperal, pero que también puede existir antes del parto. En realidad, el nombre de eclampsia puerperal se debe substituir por el de accesos eclámpsicos, que son la manifestación característica de dicha enfermedad. Estos accesos son tónicos y clónicos y van acompañados de pérdida de la sensibilidad y de la inteligencia, al mismo tiempo que en algunos casos se produce una elevación de la temperatura. La proporción de casos en que se declara la eclampsia es escasa: un caso cada 350 partos. En las Casas de Maternidad se observa la eclampsia con mayor frecuencia, puesto que acuden muchas mujeres precisamente por padecer este proceso. La eclampsia va siempre unida a las alteraciones del riñón, por lo que al ocuparnos de éstas discutimos ya la patogenia del acceso eclámpsico y la importancia que la hipertensión sanguínea y la del líquido cefalorraquídeo tienen en él. La relación existente entre el acceso eclámpsico y las alteraciones renales se conoce desde hace mucho tiempo y por eso se ha observado el efecto favorable del régimen dietético para prevenir dicha enfermedad.

Puede afirmarse que una mujer en la que se descubre una nefropatía gravídica se encuentra a salvo de los accesos de eclampsia en cuanto ha pasado ocho días a régimen lácteo, siempre que después se acomode la alimentación a las posibilidades de eliminación del riñón y la enferma no cometa transgresiones. Los ataques de eclampsia no se suelen presentar de una manera tan brusca como por ejemplo los epilépticos. Cuando lo hacen así apenas si la enferma nota antes del ataque una molestia ligera e indefinida que no le

da tiempo a avisar a sus allegados de que le ocurre algo anormal. Pero esto es lo menos corriente. Habitualmente precede al verdadero ataque eclámpsico un período prodrómico que se caracteriza por la albuminuria, por hinchazón de las piernas y de la cara, cefalalgia frontal tenaz y persistente con sensación de constricción a nivel de las sienes. La cefalalgia puede ser exclusivamente occipital. También hay trastornos de la vista, consistentes en disminución de la acuidad visual de un modo transitorio, pero que otras veces se extiende hasta la ceguera completa o se transforma en diplopia. Preséntase también dolor epigástrico y un estado de inquietud y de nerviosidad que hace que la mujer muchas veces se queje de disnea y de toda clase de molestias mal definidas y que permite al médico que tiene un poco de experiencia comprender que aquella enferma se encuentra en inminencia de eclampsia. La orina es escasa, albuminúrica, y la tensión sanguínea, así como la del líquido cefalorraquídeo, se encuentran muy elevadas, según tuvimos ocasión de decir cuando tratamos de los procesos renales en el embarazo y de la patogenia de estos accidentes eclámpsicos.

Se inicia el ataque por movimientos fibrilares y convulsivos de los músculos de la cara. La mirada queda fija y los párpados se abren y cierran rápidamente y varias veces. Los ojos, tras de varios movimientos de rotación, quedan dirigidos hacia arriba y, generalmente, hacia la izquierda; las pupilas no reaccionan a la luz; las alas de la nariz se mueven rápidamente; los labios también se mueven con rapidez, y a veces una de las comisuras labiales está francamente desviada hacia un lado. La cabeza, que se mueve con brusquedad hacia uno y otro lado, queda por fin fija hacia uno de éstos, casi siempre hacia el izquierdo. Todo este período de invasión dura corrientemente de medio a un minuto. Sigue a este período de invasión el de contracciones tónicas que afectan a los músculos del cuello, del tronco y de los miembros. La cabeza se pone en posición de un fuerte epistótono a consecuencia de la contractura de los músculos de la nuca, todo el tronco forma una curva de concavidad

—Por renuncia, la de m. t. de El Cu-
billo de Uceda (Guadalajara), partido
judicial de Cogolludo, con el haber anual
de 1.375 pesetas. Población, 500; cate-
goría 5.ª; familias incluidas en la Benefi-
cencia, 20; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad. Igualas, 3.625 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 27 km. de la c.
de p. y a 33 de la c. La estación más
 próx., a 17 km. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Espinosa
de Henares y su anejo Carrascosa de
Henares (Guadalajara), partido judicial
de Cogolludo, con el haber anual de 1.375
pesetas. Población, 840; categoría 5.ª;
familias incluidas en la Beneficencia,
16; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—V. con Ay., a 7 km. de la
c. de p. y a 35 de la c. Carr. Río. Ferr.

—De nueva creación, la de m. t. de
Altura (Castellón), partido judicial de
Segorbe, con el haber anual de 2.200 pe-
setas. Población, 2.964; categoría 3.ª; fa-
milias incluidas en la Beneficencia, 63;
instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—V. con Ay., a 2 km. de la
c. de p., cuya est. es la más próx., y a 20
de la c.

—Por renuncia, la de m. t. de Arroyo
molinos de la Vera (Cáceres), partido
judicial de Plasencia, con el haber anual
de 1.650 pesetas. Población, 1.086; cate-
goría 4.ª; familias incluidas en la Bene-
ficencia, 25; instancias hasta el 9 de
Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—L. con Ay., a 22 km. de la c.
de p. y a 77 de la c. La est. más próx.,
a 23 km. Carr.

—Por interinidad, la de m. t. de Ler-
ma y sus anejos Royales del Agua, Raba
de los Escuderos y Santillán (Burgos),
con el haber anual de 2.750 pesetas. Po-
blación, 2.331; categoría 2.ª; familias in-
cluidas en la Beneficencia, 93; instan-
cias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad. Guardia civil.

Datos.—V. c. de p. con Ay., a 38 km.
de Burgos, cuya est. es la más próx. Ca-
rretera.

—Por renuncia, la de m. t. de Barca-
rrota (Badajoz), partido judicial de Jerez
de los Caballeros, con el haber anual de
2.750 pesetas. Población, 7.923; cate-
goría 2.ª; familias incluidas en la Bene-
ficencia, 300; instancias hasta el 9 de
Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—V. con Ay., a 47 km. de la
c., que es la est. más próx. y a 26 de la
c. de p. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Feria
(Badajoz), partido judicial de Zafra, con
el haber anual de 2.200 pesetas. Población,
3.855; categoría 3.ª; familias inclu-
didas en la Beneficencia, 300; instan-
cias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—V. con Ay., a 16 km. de la c.
de p., cuya est. es la más próx. y a 56
de la c. Carr. Río.

—Por defunción, la de m. t. de Caña-
veral de León, partido judicial de Arace-

na (Huelva), con el haber anual de 1.650
pesetas. Población, 974; categoría 4.ª;
familias incluidas en la Beneficencia, 40;
instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad. Igualas, 3.000 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 22 km. de la
c. de p. y a 88 de la c. La est. más próx.,
a 10 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Tórtola
de Henares (Guadalajara), partido judi-
cial de Guadalajara, con el haber anual
de 1.375 pesetas. Población, 756; cate-
goría 5.ª; familias incluidas en la Benefi-
cencia, 17; instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—V. con Ay., a 12 km. de la
c. La est. más próx., a 5 km. Carr.

—Por defunción, la de m. t. de Molina
de Aragón y su anejo Castinuevo (Gua-
dalajara), con el haber anual de 2.200
pesetas. Población, 2.719; categoría 3.ª;
familias incluidas en la Beneficencia, 50;
instancias hasta el 9 de Abril.

Observaciones. Hay otro titular. Con-
curso de antigüedad.

Datos.—C. c. de p. con Ay., a 139 km.
de la c. Río Gallo. La est. más próx., a
48 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Estab'és
y sus anejos Turrimiel, Conchas y An-
chuela del Campo (Guadalajara), partido
judicial de Molina, con el haber anual
de 1.650 pesetas. Población, 1.418; cate-
goría 4.ª; familias incluidas en la Bene-
ficencia, 11; instancias hasta el 9 de
de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüe-
dad.

Datos.—L. con Ay., a 27 km. de la c.
de p. y a 117 de la c. La est. más próx.,
a 52 km. Río.

Practicantes y comadronas.

Nuez de Ebro (Zaragoza), practicante
y comadrona, 375 pesetas. 20 de Marzo.

—Mazariegos (Palencia), practicante
y comadrona, 375 y 50 pesetas, respec-
tivamente. 25 de Marzo.

—San Martín de los Herreros (Palen-
cia), practicante y comadrona, 300 y 150
pesetas, respectivamente. 27 de Marzo.

—Erando, mediante concurso, la de
practicante del Cuarto de Socorro, 2.500
pesetas. 17 de Marzo.

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.



ANÁLISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega, sucesor del Dr. Calderón.

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

LABORATORIO BENET

Enrique Granad s, 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. benjui y dionina.



Marca registrada

TIROIDES "LEO"

Las tabletas están biológicamente estandarizadas y valoradas de manera que el contenido de cada tableta

Núm. 1, equivale a 0,1 miligramos de tiroxina.

» 2, » a 0,2 » »
» 4, » a 0,4 » »

Se expende en frascos de 50 tabletas

Para muestras y literatura dirigirse a

VALENTIN AAGE MOLLER

Casa "LEO"

VIA LAYETANA, 20. - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Coincidencias, por el Dr. Agustín Van-Baumberghen.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Sección oficial.—Colegio de Huérfanos.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia médica.—Por las Clínicas de Europa.—Vacantes.—Correspondencia.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Gran ejemplo.

Continúan nuestros días de *pedras blancas*. El lunes nos sorprendió la prensa de turno con una noticia de profunda emoción y para todos de grande trascendencia médico social. En el Sanatorio de la Cruz Roja, adjunto al Hospital de San José y Santa Adela, había sido operada de apendicitis, por el diestro cirujano Dr. Gómez Ulla, S. A. R. la Infanta Doña María Cristina, hija de S. M. el Rey, y enfermera efectiva de aquel benéfico y científico establecimiento.

¡Una princesa de España operada por voluntad propia, consentimiento de sus padres y consejo de sus médicos, en un hospital; que no otra cosa, por muy perfecto que sea, es el concepto en que ha de clasificarse el centro modelo que con el amparo de S. M. la Reina y de muchas ilustres damas, y con la simpatía calurosa del público inteligente viene actuando en los sanos ambientes vecinos a la Moncloa.

Aquella princesita, de leyenda, de atractiva e incomparable belleza, de frente coronada por un oro más preciado que el de su diadema, por sus espléndidos cabellos rubios y por su justa reputación de santidad, aquella hija de cien reyes daba la lección a su pueblo de vencer las prevenciones, preocupaciones y prejuicios, dejando las suntuosas cámaras del más rico y ostentoso de los palacios del mundo, y considerando con mirada inteligente y persuadida que los damascos, terciopelos, tapices y borlones no son el albergue más apropiado para los medios quirúrgicos, y abandonándose a las suntuosidades de la majestad entró en el Sanatorio en que prácticamente ha aprendido su santo oficio de enfermera para darse en ejemplo como modelo de modestia y de capacidad científica, ella que en tantas otras cosas es modelo envidiable, y será desde hoy más, proclamada como la mejor de las maestras, como *Sor Ejemplo*, que imitando a uno de nuestros clásicos es el más persuasivo de los nombres dados a los maestros.

La operación, ejecutada con toda maestría, parece que va seguida de las más alentadoras esperanzas de perfecta curación. Reciba nuestra enhor-

buena respetuosa la egregia y augusta dama, con ella sus padres, que influyen de tan ejemplar manera en su pensamiento, y también y muy cariñosa y fraternal nuestro admirado amigo el Sr. Gómez Ulla, por el éxito, tanto científico como social, que el caso significa para él.

DECIO CARLAN

COINCIDENCIAS

No como alarde de pueril vanidad y sin que con ello trate de mermar en lo más mínimo el mérito del autor, cuya competencia soy uno, y no de los remisos, en reconocer y proclamar, sino como exteriorización sincera de la satisfacción que produce el ver la aprobación de nuestros actos o la coincidencia de nuestras ideas con las expresadas por los maestros, séame permitido citar algunos párrafos de mis publicaciones en parangón con las manifestaciones contenidas en una de las más recientes publicaciones del Dr. Pittaluga.

Permítaseme recordar también para justipreciar en todo su valor mi satisfacción, que el mencionado compañero, aparte de su propia labor, que ya era bastante, fué calificado recientemente por la más elevada autoridad sanitaria como uno de los mayores prestigios médicos nacionales y como el primero y quizá el único verdaderamente capacitado para encargarse de la iniciación de la enseñanza de la Sanidad en España.

Creo, pues, que nadie me negará el derecho a mostrarse legítimamente orgulloso al ver sancionadas por una de las más grandes capacitaciones en la materia, las opiniones modestas como mías, pero reiteradamente expuestas para convencer a los profanos y recabar de los gobernantes la atención que la Sanidad debe merecer por parte de todos, pudiendo repetirlas de aquí en adelante avaladas por el prestigio del director de la Escuela Nacional de Sanidad española.

¿Qué es una Escuela de Sanidad?

Para el desempeño de la Sanidad es preciso que las enseñanzas técnicas de la Facultad se complementen con las inherentes a la práctica sanitaria, la cual, aunque íntimamente unida con sus hermanas las restantes especialidades de las ciencias médicas, tiene una fisonomía propia, unos rasgos característicos que la distinguen de todas las demás, y que tanto como ellas o más que ellas necesita para su aplicación conocimientos especiales que hagan de sus ejecutores verdaderas autoridades sanitarias, no sólo por el nombre, sino por el acierto en la función.. — A. B.

He aquí, pues, el punto de partida de las actuales Escuelas de Sanidad.

Con ellas se trata, en suma, de otorgar a los médicos recién salidos de las aulas universitarias y de los Hospitales de la Facultad un complemento de cultura técnica y científica y un período de sólida aplicación práctica en cuanto atañe a las enfermedades infecciosas en general, y a los medios para aminorar sus estragos o para impedir sus brotes o su difusión.—*G. P.*

Necesario es, pues, que los encargados de esta función docente unan a sus conocimientos científicos aquellos otros que constituyen la Deontología médica, que aunque no figure expresamente en el programa de las enseñanzas de sus escuelas, forma tácitamente parte intrínseca de las expresadas enseñanzas, y por todos los profesores han de aprovecharse cuantas ocasiones se les presenten para hacer resaltar su importancia, pues mal pueden enseñar a velar por el prestigio de una clase, primordial deber de cuantos en ella ocupan puestos públicos, quienes se olvidan del cumplimiento de aquellas sagradas obligaciones que imprimieron a los médicos de todos los tiempos un carácter sacerdotal.

Piensen los que a la enseñanza hayan de consagrarse que su labor técnica no termina al cesar la explicación del tema correspondiente al día.

Que las Escuelas de Sanidad han de formar el alma de los que en el mañana han de esgrimir los recursos que la ley pone en sus manos para asegurar la salud pública; que de la mala o sólo deficiente utilización de esos recursos depende el porvenir de todo un pueblo, el mejoramiento de toda una raza, y que no deberá considerarse el ingreso en sus escalafones sólo como un medio de cubrir las necesidades materiales de la vida, sino que la suya ha de ser un espejo en el que aparezca siempre la efigie de los buenos ciudadanos.

(Problemas y orientaciones sanitario-sociales. Enseñanza de la Sanidad. *EL SIGLO MEDICO*, 2 Agosto 1930.)—*A. B.*

Por otra parte, la gente comienza a ver claro que la cultura universitaria es tan sólo una parte, quizá muy limitada, de lo que un profesional tiene que saber para ejercer de verdad su profesión. Hay toda una cultura extrauniversitaria, superacadémica, de aplicación y de especialización que sólo se adquiere tras años de un ejercicio experimental, como observadores en ambientes en que se practican las cosas de la profesión por gente aleccionada, envejecida en ella, conocedores de todos los resortes y los recovecos técnicos y psicológicos de la profesión misma.

Hemos de contentarnos entonces con ir preparando poco a poco una conciencia colectiva de los médicos por la virtud del ejemplo, aprovechando la inmensa ventaja que proporciona la base científica y profesional de su cultura.

Los médicos salen de las Facultades con un conocimiento vago y superficial de lo que se debe y se puede hacer para mejorar las condiciones de la vida media del género humano en sus distintos aspectos, rural, urbano, profesional, obrero, etc.—*G. P.*

Prácticas sanitarias. Necesidad de organizar sus enseñanzas y reglamentar su aplicación.

Es preciso una legislación bien meditada, en la que se consignen cuantas disposiciones de carácter general se juzguen necesarias; un personal competente encargado de su prestación, y un convencimiento absoluto por parte de todos de facilitar cuanto sea posible su ejecución.

Mientras su enseñanza no se realice de un modo oficial será imposible que, salvo un contado número de facultativos que por sus aficiones o por la necesidad de aplicarla en lo que su especial cometido se refiere, tengan los demás conocimientos de cuanto a asunto tan importante afecta.

Todas las naciones que han dedicado a estas materias la importancia que se merecen vienen considerando desde hace bastante tiempo como una verdadera ciencia esta rama de la Higiene pública, ocupando los estudios de Sanidad un lugar preferente entre sus enseñanzas.

No puede hoy dejar de reconocerse que tanta importancia como el conocimiento de las causas de las enfermedades la tiene el de los medios y procedimientos que deben ponerse en práctica para evitar su presentación o conseguir su desaparición de los lugares invadidos.

(Comunicación presentada al Primer Congreso Nacional de Medicina de 1919.)—*A. B.*

Este aprendizaje especializado que no se da en las Facultades de Medicina.

Pero no es menos cierto que de día en día ganamos terreno, gracias a una serie de medidas preventivas contra los agentes patógenos productores de enfermedad. Hay una gran cantidad de procesos morbosos debidos a gérmenes microbianos—bacterias o protozoos—cuyo desarrollo puede impedirse, cuya propagación puede evitarse, cuya difusión puede limitarse en virtud de un conjunto de obras sociales y de disposiciones sanitarias que constituyen la base de la Medicina preventiva.—*G. P.*

Obligación es, y de las más sagradas para toda la sociedad bien constituida que aspire al dictado de previsora y tienda a realizar los altos fines que la educación moderna exige, consagrar a estas cuestiones atención preferente.

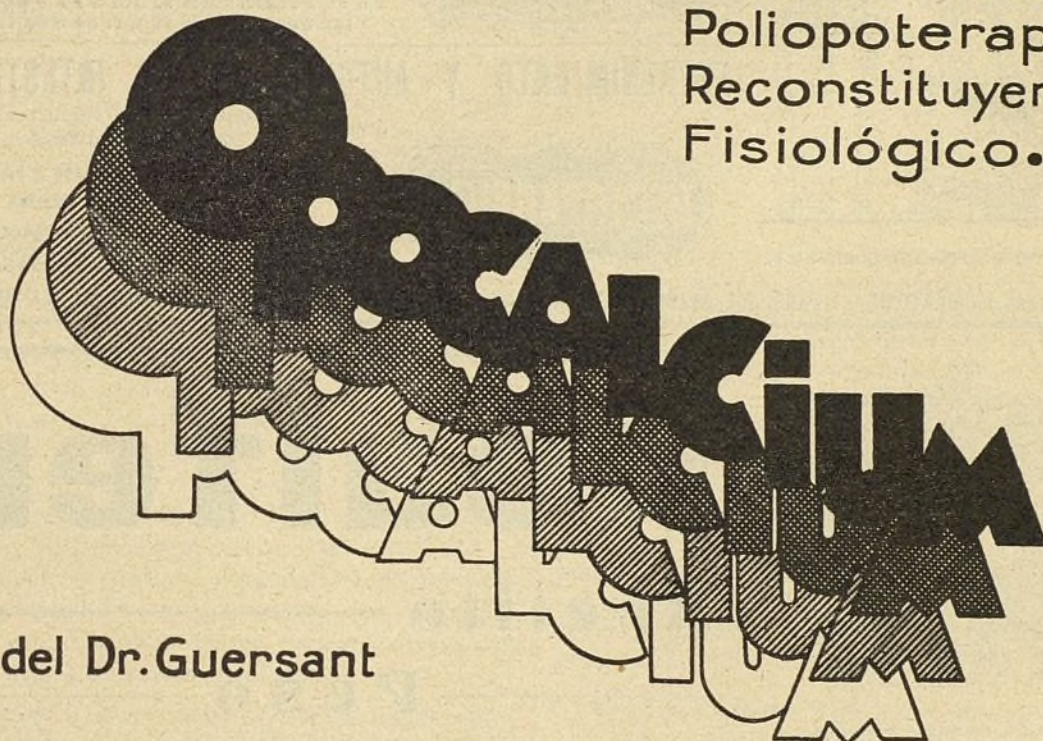
Pero bien entendido que esta atención ha de dedicarse a su conjunto, a la totalidad de sus ramas, a todas y a cada una de sus manifestaciones, pues sólo del conjunto de la suma de sus actividades pueden esperarse los necesarios resultados.

Prueba de ello es que las naciones que así lo entendieron elevaron su rango al de verdadera especialidad. La dotaron de los elementos precisos, impusieron sus enseñanzas, reglamentaron sus aplicaciones y legislaron cuanto fué preciso para su sostenimiento.—*A. B.*

Las Escuelas de Sanidad son los organismos didácticos en que se especializan, completando su cultura médica general, aquellos médicos que piensan dedicarse a la Medicina preventiva ingresando en los Cuerpos de Sanidad del Estado o de las grandes Corporaciones provinciales, municipales o particulares. El ejemplo de estas Escuelas de Sanidad nos viene de América.—*G. P.*

... Gran paso fué como medida de progreso la creación de la Escuela Nacional de Sanidad, único medio de contar con funcionarios competentes, y garantía para el porvenir es el exigir determinados conocimientos a los

Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico...



del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM *Sellos, Comprimidos, Granulados*

2º OPOCALCIUM IRRADIADO
Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM arseniado - *Sellos*

4º OPOCALCIUM guayacolado - *Sellos*

LABORATORIOS

A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA
121, AV^e GAMBETTA, PARIS

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



De venta en todas las farmacias.

Unica Medicación de las ENFERMEDADES del HIGADO



reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPATICA Y BILIAR
con los COLAGOGOS más activos.

2 a 12 PILDORAS al día 6 l a 6 cucharaditas de postre de 10 Gr. de SOLUCIÓN

ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.



EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITORIOS Y ENEMA

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

Muestra y Literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche) FRANCE. Representantes en ESPAÑA: Giménez Salinas y C.ª, Sagués, 2 y 4. BARCELONA (S. G.)



Realfen

Apetito

Peso

Fuerza

Literatura, muestras e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075 — MADRID — Tel. 35 407

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL HIGADO

POR LA BOLDORHÉINE

Insuficiencias hepáticas ligeras en todas sus formas con ó sin ictericia con ó sin litiasis Hígado paludoso

USO
Encapsulitas ovales en las comidas con un poco de agua

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

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

OXYGENASE

Trastornos de la nutrición y sus consecuencias
Artrismo
Tuberculosis

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

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

VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, Rue Vivienne, PARIS (2ª)

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados, Sales biliares, Agar-Agar, Maltol, Glicina.

Tratamiento Biológico del ESTREÑIMIENTO del ENTERITIS PADECIMIENTOS del HIGADO 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.

inspectores municipales para el mejor desempeño de su cargo.

(«Por los fueros de la Sanidad», *La Medicina Canaria*, 31 de Enero de 1930.)—A. B.

... Y, finalmente, la gente piensa que el deber primordial del médico, en nuestro tiempo, consiste en «precaernos» de las enfermedades más que en curarlas.—G. P.

... es inútil añadir que por mucho que avance y progrese la Medicina preventiva, habrá siempre enfermedades y los enfermos seguirán acudiendo a las consultas de los médicos.

Estos médicos especializados, a los cuales hay que añadir como indispensables colaboradores; ingenieros, veterinarios, enfermeras, visitadoras y otros auxiliares, han de actuar bajo la dirección de organismos técnicos y administrativos dotados de suficiente autoridad en la organización política del país, para saber aconsejar o imponer, según las circunstancias, el criterio de la Medicina preventiva. El Estado, pues, en primer término, o las Provincias, o los grandes Municipios, han de ser los encargados de organizar la Medicina preventiva y de constituir un Cuerpo médico y Sanitario en general bien remunerado, bien dotado, bien seleccionado, que ofrezca al país las garantías de seriedad y eficacia que la alta finalidad de sus funciones requiere.—G. P.

Imposición de las cuestiones sanitarias. Unión contra el enemigo común: la enfermedad. Antigüedad de las normas higiénicas y difusión de los medios terapéuticos. Legislación sanitaria para hacer obligatorio el cumplimiento de las prácticas higiénicas. Justificación de la dictadura sanitaria hasta que no quede más que Higiene y Cirugía: la Medicina en recuerdo histórico. Divulgación de la Higiene con dos fines: técnico y moral. Este para encauzar la razón social.

La Sanidad constituye una verdadera ciencia de aplicación, exige una preparación detenida, un estudio asiduo y un conocimiento amplio de todas las ciencias que pueden considerarse como sus auxiliares.

Marcha unida a otra también en embrión en España: la Ingeniería sanitaria; constituye una verdadera especialidad, y seguramente de las más importantes y necesarias, y requiere una preparación especial. (Epígrafe de los temas desarrollados en la Federación Sanitaria de Madrid, 1926.)—A. B.

Después de reseñar las disposiciones sanitarias, dice: «¿Qué falta, pues?

Que se cumplan; y para esto, dado lo olvidadas que por todos se encuentran, precisa un organismo encargado de recordárselas constantemente y hacerlas cumplir en todo momento y sin excepción alguna, para lo cual es preciso que a su frente figure una personalidad muy competente en los servicios, animada de un gran deseo y dotada de una fuerza de voluntad inquebrantable para no dejarse doblegar ante ningún género de influencias, pero con el suficiente don de gentes para hacer prosélitos, es decir, que por el convencimiento y en vista de los resultados que se vayan obteniendo se vayan convirtiendo a su vez en propagadores de sus ventajas. La dirección de estos asuntos, como dice el Dr. Barnet, debe ser única, competente y autónoma.»

Y después de describir el Departamento de Sanidad de la Habana aparecen los siguientes párrafos:

«Su organización no implicaría grandes gastos, pues la mayor parte de sus elementos se encuentran ya organizados, no rindiendo el fruto debido, precisamente por su falta de unidad y multiplicidad de mandos, siendo necesarios agruparlos todos para depender de una sola dirección, ajena por completo a los asuntos políticos»—A. B.

La limitación de nuestra eficacia terapéutica (fundada en todo lo que hemos dicho anteriormente) aumenta el ansia por una Medicina preventiva que se preocupe de la «Sanidad» pública y ejerza una tutela constante sobre la salud de la colectividad.—G. P.

Al organizarse un centro análogo en Madrid pasarían a depender de él, sin alterar su organización más que en aquello que notoriamente resulte deficiente, los laboratorios de análisis y servicio de desinfección, el Cuerpo de Subdelegados de Sanidad, en todas sus ramas; las Juntas Antituberculosas y de Protección a la Infancia; la Inspección de escuelas, casas de comidas, etc.; la vigilancia de todos los servicios especiales; el Negociado de estadística, etc., y al Negociado Ingeniería Sanitaria todo lo referente a la Inspección y ejecución de las obras municipales que con la higiene tengan referencia. (Consideraciones sobre la Higiene en Madrid Necesidad de concretar en un organismo independiente su dirección y el cumplimiento de sus disposiciones, 1916.) Folleto publicado al regreso de un viaje a América.—A. B.

De estas medidas deben encargarse médicos especializados, conocedores de todo el mecanismo íntimo de la transmisión de los virus y producción de las enfermedades—hasta donde hoy lo consiente la ciencia—, y al propio tiempo adiestrados en todo lo que concierne a los medios de defensa de la población humana contra los mismos, y en todo lo que atañe a la preparación del ambiente social y doméstico para mejorar la resistencia orgánica de la raza.

Y es evidente que de la aplicación práctica de estas medidas deben encargarse médicos especializados.—DR. G. PITTALUGA.—(*La Voz Médica*, 24 Febrero 1931)

Los Servicios sanitarios constituyen una verdadera ciencia de aplicación, necesitando para su implantación hacer uso de los conocimientos que le facilitan todas las ramas de la Medicina, siendo absolutamente preciso que los encargados de su dirección se constituyan en especialistas en tan importante materia, estableciendo el lazo de unión entre los demás facultativos, cuya misión es el desempeño de los servicios especializados, dentro de los que pueden gozar de la más amplia libertad, en cuanto se refiere al ejercicio profesional, pero supeditados en todos los demás a las autoridades sanitarias.

(Evolución histórica de los Servicios sanitarios, 1921.)

La conservación del material humano, como lo denomina el general Villalba, requiere tres elementos a cual más importantes y necesarios: 1.º Personal competente y convenientemente especializado en cada una de sus ramas.

(Bases para la redacción de un Reglamento de Sanidad en campaña, 1921.)

DR. AGUSTÍN VAN-BAUMBERGHEN



EN EL COLEGIO DE MEDICOS

El ilustre fisiólogo catalán Dr. Xalabarder después de su interesante conferencia sobre «La liberación de las adherencias pleurales», en la Sociedad Española de Fisiología.

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

ACADEMIA MEDICO-QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 2 de Marzo de 1931.

LITIASIS BILIAR. SU PATOGENIA, CLÍNICA MÉDICA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Discusión.—Dr. A. Catalina Prieto: En cuanto a la patogenia, nada se puede afirmar de modo concreto y preciso; solamente resaltar el papel importante de la infección tifoides; esta enfermedad se encuentra en los antecedentes, muchas veces como punto de partida, de la enfermedad. Hecho a insistir, en especial, disponiendo de un medio verdaderamente útil en la evacuación de la vesícula biliar, como es el desagüe médico de vías biliares por medio de la sonda duo de al. Creemos oportuno recordarlo para que lo más precozmente se haga uso repetido del mismo, a fin de evitar en lo futuro, al menos en estos casos, la marcha progresiva de la colecistitis litiasica con todo su cortejo de síntomas y complicaciones.

En cuanto a la «clínica médica», una vez más fijamos la importancia del examen de la bilis B y de la colecistografía en el diagnóstico de la colelitiasis.

En lo referente al «tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar», tienen especial importancia los detalles de técnica, anestesia y cuidados postoperatorios. En técnica quirúrgica de colecistectomía utilizamos separadores y protectores que facilitan las maniobras; procedemos de fondo a cuello en el aislamiento de la vesícula por ser más fácil, y detalle muy

importante es aislar perfectamente el conducto y la arteria cística ligándolas por separado. El desagüe será la excepción en la colecistectomía; no habiendo hemorragia ni biliorragia, será inútil.

En la anestesia estamos conformes en emplear siempre el éter; pero olvidamos que con la anestesia local simplemente, infiltrando bien los planos musculares y mesos, podemos hacer perfectamente colecistectomías y aun intervenciones sobre colédoco sin tener que recurrir a anestésicos generales, pero contando siempre con que el enfermo preparado psíquicamente para el acto nos ayude.

En la anestesia general es de indudable eficacia el uso de la hiperventilación pulmonar por el anhídrido carbónico; será la mejor profilaxis de toda clase de complicaciones pulmonares.

Al fijar la mortalidad operatoria en el estado actual del problema quirúrgico, si preparamos convenientemente al enfermo, haciendo estudio detenido de la insuficiencia hepática con inyecciones de cal intravenosa, si es necesario suero glucosado e insulina, dieta rica en hidratos de carbono, transfusión sanguínea, etc.; utilizando la hiperventilación pulmonar y estando al tanto de la acidosis postoperatoria, la mortalidad de la simple colecistectomía se ha reducido al mínimo y sin llegar al 0 por 100 que nos decía el profesor Navarro, de Montevideo, no debe pasar de 3 a 5 por 100, y esto teniendo en cuenta los casos de vesícula biliar con intensa pericolecistitis que obligan a hacer intervenciones largas y muy traumáticas. En cambio, no podemos decir igual cuando se trata de enfermos litiasicos en fase de complicaciones infecciosas o mecánicas (colédoco), pues entonces la gravedad y, por tanto, la mortalidad operatoria dependerán

del estado de resistencia del enfermo, aun después de preparado convenientemente.

Creemos, sobre todo si se trata de colecistitis, que no cura médicamente; pero esto no quiere decir en modo alguno que no tenga tratamiento; precisamente se trata de una afección que diagnosticada precozmente y haciendo un tratamiento médico en que la base sea el régimen alimenticio, con medicación apropiada y con el indudable beneficio de las aguas minerales, llegamos a conseguir que el enfermo se encuentre en estado satisfactorio, siendo portador de una vesícula patológica con o sin cálculos, pero sin causarle molestias; nuestros esfuerzos se han de dirigir simplemente a recomendar constancia en el tratamiento que debe ser seguido indefinidamente o al menos periódicamente, consiguiendo así, al menos, un estado de curación clínica.

Dr. C. Valdovinos García: Los cirujanos, en la mayoría de las ocasiones, ante estos enfermos no pueden realizar lo que se proponen; no por condiciones personales, sino por condiciones del propio problema.

La dificultad de la labor del cirujano se debe a varias causas: anatómicas, fisiológicas y patológicas. Es la vesícula biliar un órgano estrechamente unido anatómicamente y fisiológicamente a las regiones vecinas, no sólo en condiciones normales, sino especialmente cuando aquéllas presentan lesiones. No sólo en el momento de la intervención quirúrgica, sino también en el cadáver es fácil observar en estos enfermos modificaciones en el volumen, consistencia, coloración y elasticidad del hígado. A igual que del tronco celiaco parten las arterias a los órganos de la región, del plexo solar se irradian las propias inervaciones. Este común origen vascular y nervioso establece una fisiología y una patología también bastante parecida. Queremos decir con todo esto que en las intervenciones quirúrgicas sobre vesícula biliar no sólo se ve el hígado con sus caracteres morfológicos alterados, sino también es frecuente hallarlo en el páncreas; páncreas tumefacto y de vascularización extraordinaria aparte de su aumento de volumen. Es un paríntese de los órganos de esta región, no sólo anatómico y fisiológico, sino también patológico; todo lo cual hace difícil los éxitos de la cirugía en la litiasis biliar.

Dr. A. Casanova Seco: Clínicamente se confunde demasiadas veces el cólico hepático litíaseo y las crisis de colecistitis; en gran número de casos sería posible un diagnóstico diferencial si justipreciásemos más exactamente cada uno de los síntomas. Ambas afecciones, aunque en la práctica se presentan con suma frecuencia unidas, complicando la una a la otra, pueden dar lugar a cuadros sintomáticos tan característicos que es posible de antemano el diagnóstico diferencial.

Con la denominación corriente de cólico hepático se engloban procesos muy diferentes cuyo único síntoma común es el dolor; son crisis inflamatorias, emigraciones calculosas, espasmos del esfínter de Oddi, distensiones vesiculares por espesamiento de la bilis o por determinados colágenos, e incluso crisis dolorosas simples provocadas por la intolerancia individual a ciertos alimentos.

Hay que deshacer el concepto, si no idéntico por lo menos sinónimo, de crisis litíasea y crisis de colecistitis, empleadas indistintamente por los médicos. Cada una primitiva o complicando secundariamente a la otra, pero siempre conservando sus características sintomáticas y patogénicas.

En los caracteres de la crisis habremos de buscar todo lo relacionado con el proceso colecistítico, elemento inflamatorio que falta siempre en los casos de cólico hepático simple.

Varios son los datos clínicos y de laboratorio en que po-

dremos basar la diferenciación. La fiebre solamente tiene valor cuando es positiva; en el cólico hepático simple no suele haber fiebre o cuando más es de cinco a seis décimas. Una crisis con elevación de temperatura por encima de un grado de lo normal siempre obedece a una reacción inflamatoria de las paredes vesiculares. La duda no será posible si la elevación de temperatura es grande y va acompañada de escalofríos y sensación cutánea de «carne de gallina».

Otro dato de muchísimo valor es la curva de la leucocitosis desde el comienzo de la crisis hasta su completa desaparición. En las crisis colecistíticas, incluso las más ligeras, el aumento del número total de glóbulos blancos, salvo contadas excepciones, es la regla, acompañándose en los casos intensos de polinucleosis más o menos marcada. En el cólico hepático simple el recuento y la fórmula son sensiblemente normales como corresponde a un proceso puramente mecánico sin reacción inflamatoria de ninguna especie.

Dr. E. Oliver Pascual: Expongamos nuestra labor diagnóstica de colecistitis a base de sondaje duodenal, resumen de once años de práctica. Agreguemos la labor microbiológica sobre 150 casos realizada por nuestro malogrado amigo Dr. Aznar.

Los estudios bacteriológicos realizados en la bilis de estos enfermos nos han dado en el 70 por 100 de los casos presencia de colibacilo solo o asociado; el enterococo en todas sus variedades en el 30 por 100. Datos no muy de acuerdo con la experiencia de los bacteriólogos alemanes, presentada en su último Congreso celebrado en Budapest en Octubre de 1930. A estos dos gérmenes hemos de agregar en el 30 por 100 de los enfermos la presencia de anaerobios de diferente tipo. Todos estos gérmenes solos o aislados y principalmente al estafilococo.

A los datos expuestos hemos de unir la existencia de formas anómalas de colesteroles en los enfermos de colecistopatías; dato de gran valor diagnóstico, sin diferencia cuando se trata de colesteroles filtrados o no filtrados. Más le posee la existencia de formas anómalas de lípidos vistos con el monoculador polarizador.

Nuestros estudios sobre las costelaciones constitucionales en los litíaseos orientan éstos en tres tipos. El primero comprende las colecistopatías en las que son evidentes los síntomas de colangia. El segundo comprende las colecistopatías en las que el elemento microscópico séptico es lo principal. En el tercer tipo tenemos las formas degenerativas, capaces de coincidir o no con los dos anteriores; éste es el más numeroso.

Tiene grandísima importancia la diferenciación de estos tres tipos de colecistopatías, pues con ello varía la conducta terapéutica, a más de que los caracteres somáticos y funcionales de estos enfermos también son distintos.

En el estudio de la colangia grandísima importancia tienen los trastornos del recambio pigmentario; la valoración de la hemoglobina tanto en heces como en orina en el transcurso de las veinticuatro horas. Es la manera de fijar la existencia de la colemia colangítica que lleva en sí la disquinesia de vías biliares sin que por ello lleve anejo síntoma de vías biliares. En la clínica hallamos estos casos sin que en los años de evolución hallemos manifestaciones típicas de coleditiasis. Son enfermos especialmente susceptibles a las ictericias alérgicas o por lo menos un tanto por ciento elevado de ellos tienen tendencia a los fenómenos alérgicos.

En el segundo grupo que hemos citado son características las manifestaciones de septicidad biliar y en su cuadro clínico impera el proceso infeccioso. Son enfermos a operar cuanto antes; el demorar la intervención es dejar tiempo para establecerse o agravarse la hepatitis y aun la pancrea-

titis. En ellos se observa con grandísima frecuencia agravaciones de la colecistopatía con ocasión de crisis infecciosas más o menos evidentes; es la agravación observada con ocasión de anginas, apendicitis o con la evolución de cualquier foco infeccioso.

En cuanto al tercer grupo de enfermos o forma mixta es el más frecuente y el que nuestra experiencia nos permite dividirlo en dos subgrupos. El primero con abundancia de síntomas tiroideos; el 20 por 100 de los enfermos tienen metabolismo basal inferior a — 16. En el otro subgrupo llaman la atención otra clase de síntomas endocrinos con alteraciones de la coleserina, presentando el 50 por 100 de los enfermos alteraciones genitales.

Dr. J. Regueiro López: Con demasiada frecuencia asociamos los términos y conceptos de litiasis biliar y dolor de vesícula, lo que conduce a situaciones médicas y quirúrgicas muy variables.

En la investigación de todo enfermo aquejando síntomas de litiasis biliar o de colecistitis tienen primordial importancia los datos recogidos por la colecistografía previa inyección de la tetrayodofenoltaleína por vía intravenosa. Es la manera de evitar errores diagnósticos siempre y cuando vaya unida al sondaje duodenal.

En muchas ocasiones la vesícula biliar nada tiene que ver con el cólico de vías biliares. En clínica quirúrgica es frecuente encontrar vesículas esclerosadas totalmente, sin cavidad o la que tienen está totalmente ocupada por cálculos; vesículas que no pueden tomar parte en el síndrome doloroso. Son casos en los que hay que fijar especial atención en el fisiologismo del esfínter de Oddi.

En el tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar tiene especial importancia la clase social del enfermo; la clase acomodada tiende más al tratamiento médico y a las prácticas que no pueden cumplir los de clase menos adinerada. A quien su posición obliga al trabajo diario y activísimo se ve en la necesidad de aceptar una operación precoz. En cualquiera de estos enfermos a operar sería de grandísima utilidad el acostumbamiento al sondaje duodenal; a realizar sistemática e inmediatamente de ser operados los enfermos; manera de evitar ciertos cuadros que se presentan con alguna frecuencia después de la operación y que por los enfermos y muchos médicos son tomados como aparición de nuevos cálculos. En estas situaciones clínicas el sondaje duodenal extrae gran cantidad de bilis y siempre manteniéndose las heces acólicas. Casos que nos explicamos fácilmente admitiendo la existencia de procesos inflamatorios en la zona operada con hiperexcitación del esfínter de Oddi.

NEUROMA PLEXIFORME EN EL PÁRPADO SUPERIOR, ÓRBITA Y REGIÓN TEMPORAL

Dres. M. Marín Amat y E. Díaz Gómez: Presentación del caso que lo fué por vez primera en la sesión del 17 de Noviembre de 1930 y que extensamente publicamos en EL SIGLO MEDICO número 4.015, página 557, en el que se ha realizado la extirpación quirúrgica de la tumoración del párpado superior y órbita y cuyo estudio anatomopatológico ha sido realizado por el doctor Del Río Ortega, confirmandose completamente el diagnóstico clínico.—*M. Aceña.*

Sesión del 9 de Marzo de 1931.

LITIASIS BILIAR. PATOGENIA, CLÍNICA Y TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Discusión.—Dr. L. Serrada Díaz: Al considerar la patogenia de la litiasis biliar apuntamos dos hechos que parecen

ciertos en nuestros casos: la aquilia o hipoclorhidria favorecen la infección ascendente del duodeno y ligera incontinencia del esfínter de Oddi; y por otro lado sabemos que fisiológicamente las fibras musculares lisas de la vesícula se contraen por acto reflejo, cuyo punto de partida es la irritación de la mucosa del duodeno por el quimo ácido excitante. Ciertamente que la lentitud en el curso de la bilis favorece la infección.

Clínicamente es imposible separar la colecistitis litiasica de la no calculosa, por ser idéntica la sintomatología de ambas.

Circunscribiendo la cuestión al tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, tenemos indicaciones absolutas y relativas. En aquéllas incluyamos las colecistitis calculosas con empiema; cólicos de repetición frecuente, de tal intensidad, que los pacientes reclaman se les libre de su enfermedad; perforación o gangrena de la vesícula; obstrucción del colédoco; colecistitis con pancreatitis, etc. Al segundo grupo corresponden todos los casos de colecistitis calculosa comprobada; pericolecistitis, periduodenitis y lesiones dobles; síndrome del lado derecho, tan frecuente en estos enfermos; apendicitis; colecistitis con pericolecistitis y periduodenitis.

Grupo cada vez más extenso, gracias a la mayor perfección en los métodos exploratorios.

El ideal para los enfermos que padecen de litiasis biliar y para el cirujano que tiene que intervenir es el caso de litiasis biliar en fase vesicular no infectada. En este caso la operación es la colecistectomía retrógrada subserosa con cierre total de la pared. La condición precisa para esto es la permeabilidad de los conductos.

La pericolecistitis que acompaña a muchos de los enfermos obliga al cirujano a practicar el desprendimiento de la vesícula de su fosa con dos ligaduras, una para la cística y otra para el conducto, aunque las adherencias no permiten en algunos casos distinguir la cística y la ligadura tiene que ser en masa; mal procedimiento, pero las circunstancias mandan en cirugía en algunas ocasiones.

En cuanto al síndrome de obstrucción de colédoco, digamos que siempre es grave; su curabilidad depende de un acto quirúrgico en las tres primeras semanas en caso de calculosis o tumoración benigna; la derivación pronta de la bilis, por una u otra técnica, puede curar la pancreatitis por oclusión calculosa o tumor benigno; la gravedad del acto operatorio depende de la intoxicación colémica y del tiempo de coagulación sanguínea, tanto más retardado cuanto más duradera la ictericia; el desagüe del colédoco es la regla con tubo de Kehr.

La colecistectomía ideal es benigna dentro del grupo de las operaciones abdominales.

La mortalidad de 20 y 30 por 100 en operaciones por litiasis biliar indica casos complicados, infectados o con hígado tan insuficiente que los enfermos sucumben a pesar del acto operatorio y en mayor proporción si no llegan a manos del cirujano.

Dr. P. de Sala y María: El agradecimiento a las enseñanzas recibidas de mi querido maestro el Dr. Urrutia, la amistad con que me honró durante su vida y hasta el parantesco espiritual contraído con uno de sus hijos, me obliga a tomar parte en este homenaje.

Al morir el maestro dejó una serie de comunicaciones y notas, prontas a publicación, entre ellas la monografía de enfermedades del hígado, de la cual leeré esta noche las cuartillas referentes a tratamiento quirúrgico de la litiasis biliar, creyendo que de esta manera honro su memoria.

Tratamiento quirúrgico.—Hay cirujanos que opinan que debe operarse toda colecistitis aguda, aun cuando presente

el cuadro de la colecistitis simple del vulgar cólico hepático, a semejanza de lo que hacemos con la apendicitis aguda.

Pero el parangón entre ambos procesos nos parece algo forzado. El peligro de la necrosis, de la perforación, es incomparablemente menor en la colecistitis que en la apendicitis, por lo cual no urge tanto la operación; además, la intervención para ser radical ha de consistir en la ectomía, que es, sin discusión, más grave que la extirpación del apéndice.

De ahí que la generalidad de los cirujanos reservan la operación precoz para las formas purulentas y gangrenosas de la colecistitis aguda, es decir, aquellas de comienzo grave, así como en las de comienzo no aparatoso si el enfermo no mejora pasado algún tiempo o si empeora tras una mejoría inicial. También se interviendrá cuando diagnostiquemos perforación vesicular o peritonitis difusa (aun sin perforación) o pancreatitis aguda.

Un buen elemento de juicio para pensar en operación es la existencia del «dolor frénico» o «dolor de hombro», que indica la existencia de un proceso irritativo del peritoneo subdiafragmático.

En la forma crónica muchos cirujanos intervienen en cuanto establecen el diagnóstico, pero la mayoría operan con indicaciones precisas.

Si tras un cólico hepático persiste la sensibilidad a la presión sobre la vesícula y no cede con reposo en cama, cataplasmas calientes y agua de Carlsbad, se planteará al enfermo el problema de la intervención, siendo él quien debe decidir la conducta a seguir (*indicación relativa*), menos cuando diagnostiquemos empiema.

La hidropesía aséptica de la vesícula biliar creemos que debe ser operada siempre, pues aunque hay formas bien toleradas en las que sobreviene la desobstrucción espontánea o la atrofia esclerosa de la vesícula, cabe el temor de la posible supuración secundaria por vía hematógena o de una úlcera por decúbito. Además, hay casos en los que persisten los cólicos subintrantes, debiendo también saberse que la oclusión del cístico se da a veces en vesículas con lesiones ulcerosas.

La operación se aconsejará asimismo en las formas muy dolorosas rebeldes al tratamiento médico, sin que el hecho de que el enfermo expulse cálculos pese en contra de esta decisión.

En la oclusión del colédoco no debe esperarse para intervenir más de un mes, pues los resultados son tanto mejores cuanto más precoz sea la intervención. En las oclusiones completas apiréticas la operación será aún más precoz (dos semanas) que en las intermitentes (uno o dos meses).

En las formas febriles aconsejan actualmente no esperar más de tres a cuatro días (Kappis).

El tratamiento médico es ineficaz en la casi totalidad de los casos, aunque todos hayamos visto algunos excepcionales de curación espontánea. La barrera pancreática y vateriana los detiene en su emigración descendente, siendo la regla en ellos a la larga la presentación de la pancreatitis crónica, la cirrosis hepática o la infección secundaria con todas sus consecuencias.

Cuando la fiebre bilioséptica ha hecho su aparición no debe perderse tiempo, pues de lo contrario nos exponemos a que se presente una supuración intrahepática o complicaciones renales o cardíacas que malogren la intervención.

El número de litiasis que se opera en España es muy pequeño en relación con lo que sucede en los países anglo-americanos, dependiendo esto, no de que entre nosotros sea menos frecuente la litiasis biliar, sino de la creencia errónea de que rara vez da complicaciones graves, consiguiéndose

casi siempre su latencia con medios médicos y especialmente con las aguas minerales, así como también del exagerado temor que tienen a la intervención operatoria médicos y enfermos. Todo ello hace que no se recurra a la cirugía más que en contados casos y aun en éstos sólo con «indicación absoluta», contribuyendo los poco brillantes resultados obtenidos en dichas circunstancias a perpetuar la falsa idea de la extraordinaria gravedad de las intervenciones quirúrgicas en la colelitiasis.

Cuando la afección se halla todavía en fase vesicular y no complicada, la operación arroja una mortalidad escasa, aunque el porcentaje oscile mucho de unas estadísticas a otras.

La colecistectomía o exirpación de la vesícula biliar, que es la operación de elección, nos ha dado una mortalidad operatoria de 5 por 100.

La colecistectomía o fistulización de la vesícula ha sido abandonada como procedimiento general.

En la litiasis del colédoco la gravedad es mayor que en la vesicular, habiendo autores como Voelker, de Halle, que confiesan una mortalidad del 50 por 100 en los calculosos del colédoco con ictericia. En los casos sin ictericia, «casos blancos», da una mortalidad de 5 a 10 por 100; los ictericos, «casos amarillos», de 15 a 20 por 100 y los «casos verdes», de ictericia oscura, el 75 por 100 (Pauchet).

Nosotros, de 50 coledocotomías entre las cuales había muchos casos antiguos de ictericia oscura, infectados y con complicaciones diversas (cirrosis hepáticas, pancreatitis crónica, miocarditis, etc.), hemos perdido 8, o sea el 16 por 100.

Por lo que respecta a las recidivas postoperatorias, las verdaderas son muy raras tras la ectomía y la coledocotomía con drenaje del hepatocolédoco, sobre todo asociado a la dilatación de la ampolla de Vater; pero a pesar de no formarse cálculos nuevos, los enfermos presentan a veces molestias de tipo doloroso idénticas a las anteriores, a veces con ictericia, bien por persistir la angiocolitis, la hepatitis crónica o la pancreatitis esclerosa y principalmente, según se tiende a admitir hoy, por espasmo del esfínter de Oddi.

Dr. J. Planelles Ripoll: Hemos oído con toda extensión la exposición del problema clínico y quirúrgico de la litiasis biliar. Apuntemos algunas palabras acerca de los modernos conocimientos patogénicos de esta enfermedad, de grandísima importancia no sólo desde este punto de vista, sino también en cuanto al tratamiento médico.

La litiasis biliar se viene considerando como enfermedad hepática. Si el hígado es el que sufre las consecuencias, a igual que sucede al riñón en su formación calculosa, digamos que lo más importante en la litiasis biliar son las alteraciones generales del metabolismo, y en especial en cuanto hace a la formación de los cálculos de colesteroína.

El metabolismo de la colesteroína y su disolución para su adecuada eliminación es un problema poco conocido. El organismo ingiere colesteroína de dos maneras: la que penetra con carne y huevos y la fitoesterina o colesteroína de origen vegetal. En la práctica es ordinario que se prive a estos enfermos de la alimentación cárnea y de huevos y, sin embargo, se les consienta toda alimentación vegetal, con lo que, si les privamos de la colesteroína incluida en los huevos y en la carne, les mantenemos íntegro el aporte de fitoesterina. Esta después de sus modificaciones en el círculo intestinal o en el resto del organismo permanece en éste, bien en forma de colesteroína o de ácidos biliares y éstos a su vez siendo los que sirven para mantener la colesteroína en suspensión, en disolución y así por la bilis ser eliminada.

Tanto la precipitación como la cristalización de la colesteroína es obra de los ácidos biliares; son diversos los meca-

nismos que disminuyendo la solubilidad de la colesiterina en la bilis determinan su precipitación y cristalización, no sólo por alteraciones de su aporte y de su solubilidad, de su eliminación, sino también por modificaciones de la misma substancia, colesiterina, sin intervención para nada de su hiperproducción. Es el metabolismo colesiterínico en función de las cápsulas suprarrenales y del ovario.

Recordemos también que las modificaciones metabólicas de la vitamina A engendran, como se ha comprobado experimentalmente en los animales, cálculos biliares.

Dr. G. Alberca Montoya: Considerando las aportaciones científicas que nos han hecho los ponentes a este tema, sólo se han limitado a la exposición de hechos conocidos sin aspirar a explicarnos las diversas obscuridades que reinan en la materia.

A todo práctico le interesa grandemente conocer el porqué de la supresión de los huevos en los enfermos litíasicos. Muy interesante sería fijar las opiniones sobre este detalle.

Nada se ha dicho sobre el gran problema de la radiología en litiasis biliar; grande es su valor diagnóstico, si bien la mayoría de los que se dedican a la cuestión corroboran que es procedimiento muy útil para comprobar los datos clínicos; para demostrar lo que clínicamente se diagnosticó. Tendríamos, pues, en la radiología ante esta enfermedad un síntoma más y siempre de gravísimo valor.

Si tomamos como lógica la afirmación de que la litiasis biliar no tiene tratamiento médico, y si bien muchos enfermos con las prescripciones médicas ven desaparecer sus molestias para no volver a sentirse de ellas, ¿caso el cirujano que muchas veces realiza la extirpación de vesícula con ello ha curado al enfermo? No olvidemos que la litiasis biliar es problema de constitución.

DISCUSIÓN DE LAS PONENCIAS SOBRE LITIASIS BILIAR

Dr. Mogena: Al hablar de la litiasis biliar creo debemos hacer resaltar la importancia de la disquinesia vesicular en la patología, sintomatología y tratamiento de aquella afección; los trastornos funcionales, bien de origen muscular, nervioso o mixto, pueden ser la causa de la formación de cálculos, actuando por sí solos o combinándose con la inflamación de la vesícula. La retención biliar no sólo se debe a la disminución o pérdida de la fuerza expulsiva de la vesícula, sino también al estado contractural del esfínter de Oddi, y sobre todo del existente entre el cuello de la vesícula y el conducto cístico.

Para el dolor del cólico hepático, y creo necesario insistir sobre esto, no hace falta la existencia de cálculos ni tampoco la infección biliar. Las contracciones de la vesícula pueden dar lugar desde una ligera sensación dororosa hasta un dolor agudísimo si se acompañan de espasmo del esfínter, originando una mayor tensión de la musculatura del colecisto y dilatación de los conductos biliares. Estos son los casos en que si la repetición de los dolores lleva a la operación, no se encuentran cálculos ni vesícula inflamada, pudiendo hacer pensar, si se olvidan los trastornos funcionales a que nos referimos, en la existencia de otro órgano como causa del dolor. La presentación del dolor en los días de la menstruación, en los primeros meses del embarazo y en el climaterio se explicaría por excitación vagal y trastornos en la secreción de hipófisis, cuerpo lúteo y tiroides, tan frecuentes en esos períodos, y cuya repercusión sobre el sistema nervioso vegetativo es tan manifiesto.

No creo que tan poco se haya hecho resaltar suficientemente en la ponencias la influencia que la litiasis biliar tiene sobre otros órganos; aparte los trastornos en la modalidad gastrointestinal sobre el estómago da lugar a gastritis, cuyo

conocimiento es muy interesante; puede ésta deberse a propagación del proceso inflamatorio desde la vesícula o a influencia refleja. Al período en que esta gastritis se encuentre en el momento de examinar al enfermo, creo se debe en la mayoría de las veces el estado del quimismo gástrico.

Desde la hiperacidez en una primera fase, hasta la aquilia resistente a la histamina en el período de gastritis atrófica, encontraremos en el mismo enfermo; así se explican las diferencias halladas en el mismo país por diversos autores; no creyendo, desde luego, que el quimismo gástrico que en el enfermo vesicular encontramos sea independiente del estado patológico del colecisto.

La hematesis y melena que los litíasicos presentan se atribuye, principalmente, a la úlcera duodenal, cuya asociación es frecuente. A más de este origen indudable, las hemorragias se presentan en el período congestivo de las gastritis a que nos hemos referido, siendo esto de gran importancia en casos de diagnóstico diferencial dudoso.

Otra repercusión interesante es la ejercida sobre el páncreas, que se hace tanto en su secreción externa como interna; ejercen tal influencia recíproca las afecciones de vías biliares y páncreas, que para Westphal deberían incluirse en una sola patología funcional; a estas pancreatitis creo debemos atribuir en la mayoría de los casos el dolor a la izquierda del epigastrio que con tanta frecuencia presentan los enfermos de litiasis biliar.

Por otra parte, la diabetes se encuentra, en muchas ocasiones, en antiguos enfermos de vías biliares con síntomas más o menos manifiestos.

En la ponencia del Dr. González del Campo no se da la importancia que para mí tienen como medio diagnóstico los datos obtenidos con el sondaje duodenal y la colecistografía por el examen de la bilis así obtenida nos es posible hacer; un diagnóstico mucho tiempo antes de la existencia de cálculos de regular tamaño, en cuyo caso no existirá más tratamiento eficaz que el quirúrgico.

La presencia de cristales de colesiterina en la bilis obtenida después del empleo de las substancias colecistoquinéticas tiene un valor extraordinario para el diagnóstico de colelitiasis, siempre que el examen de bilis se haya hecho inmediatamente de obtenida y no se trate de bilis muy obscura, que por haber estado mucho tiempo retenida en la vesícula pudo haberse precipitado allí la colesiterina.

La no obtención de bilis obscura puede indicarnos una obstrucción del cístico o gran atonía vesicular. Si no saliese bilis pensaremos en obstrucción del colédoco, en cuyo caso habrá que investigar los fermentos pancreáticos, por si la causa estuviese en ese órgano.

La colecistografía asociada al sondaje duodenal puede sernos en algún caso de gran utilidad y dada la falta de tiempo dejaremos a los radiólogos que nos hablen de ella.

ARTERIOGRAFÍA PULMONAR EXPERIMENTAL

Dres. F. R. de Partearroyo y José Miñana (Radiólogo de la Sanidad Nacional): Hacen mención de las distintas interpretaciones de que han sido objeto las sombras hiliares en las radiografías de pulmones normales y aportan numerosa bibliografía referente a los trabajos realizados por los distintos autores para esclarecer su origen. Actualmente, debido al gran número de trabajos realizados en el cadáver, se ha adoptado el criterio casi uniforme de considerar a las sombras hiliares en las radiografías normales como debidas, principalmente, a las ramas de la arteria pulmonar y en un grado mucho menor a las venas. Los ganglios, normalmente, desempeñan escaso papel.

Sin embargo, la serie de trabajos realizados en el cadáver

ver han sido discutidos por considerar que las condiciones del pulmón en el cadáver (vasos vacíos, etc.) son diferentes a los del vivo y, por lo tanto, no se debían comparar las radiografías de ambos.

Debido a esto se iniciaron una serie de trabajos en el vivo que resultaron escasamente demostrativos.

Comparación de radiografías obtenidas de los enfermos en posiciones distintas, con objeto de aumentar el éstasis pulmonar y observar el refuerzo de las imágenes vasculares, etcétera.

Los autores, teniendo en cuenta los progresos alcanzados por la arteriografía en general y los trabajos últimamente aparecidos referentes al fácil sondaje de la aurícula derecha en el hombre, han realizado una serie de experiencias en perros vivos en los que, previo sondaje de la aurícula derecha, practican la inyección de sustancias opacas (yoduro sódico, uroselectán) a presiones y concentraciones diversas. Comparan las radiografías obtenidas antes y después de la inyección, comprobando que el diseño pulmonar que se observa en las primeras radiografías (practicadas en tiempos muy cortos) aparece notablemente reforzado en las obtenidas después de la inyección opacificante, demostrando, por lo tanto, en el vivo que las arborizaciones pulmonares normalmente se deben principalmente a las ramas de la arteria pulmonar.

El comprobar dentro del cuadro patológico las sombras debidas exclusivamente a los vasos constituye, a juicio de los autores, un problema a resolver de un gran interés diagnóstico.

Dr. E. Franco Martí: A la afirmación de que las sombras pulmonares son exclusivamente vasculares, presentamos las conclusiones de la mayoría de los trabajos publicados sobre este tema, que en resumen admiten ser debidas a un origen mixto. Las sombras en los campos pulmonares son expresión de ramificaciones broncovasculares.

El trabajo presentado tendría sumo valor si a las pruebas radiográficas y experimentales, que afirman ser las sombras de los dibujos pulmonares, debidas a los vasos, se presentaran otras que negaran su posibilidad de relación con las ramas bronquiales. Hemos visto las pruebas radiológicas de mayor sombreado de los vasos y seguramente, si al inyectar solamente en las ramificaciones bronquiales se hicieran pruebas radiológicas, veríamos dibujos análogos. Estaríamos, pues, en las mismas dudas que se han encontrado los autores al tratar de interpretar el origen de los dibujos pulmonares y terminaríamos en su origen broncovascular.

Estas pruebas radiológicas que se nos han presentado adquirirían más valor si fueran acompañadas de las proyecciones oblicuas y laterales; con ellas veríamos, con suma claridad, las regiones de hilio y mediastino.

Dr. J. Abelló Pascual: Para corroborar los datos presentados por los comunicantes nos permitimos aportar el siguiente hecho: En un tuberculoso, muerto consecutivamente a una hemoptisis, realizamos varias radiografías; observamos sombras de vascularización que, al ser comparadas con radiografías anteriores, llegamos a la convicción de que eran sombras más opacas y, por tanto, que eran debidas exclusivamente a sombras vasculares. Mayor opacidad de sombra que nos explicamos por haber sido realizada la radiografía en pulmones con tensión y éstasis vascular aumentados.— *M. Aceña.*

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 7 de Marzo de 1931.

NUESTRO MÉTODO DE ANESTESIA ARTERIAL EN LAS GRANDES OPERACIONES DEL MIEMBRO SUPERIOR

Dr. J. Goyanes Capdevila: El tema de la anestesia es problema que interesa a todo cirujano, en cuanto a las diversas formas, general o regional. Una variedad de ésta la tenemos en la anestesia arterial, ya expuesta por nosotros en 1909, al confirmar experimental y fisiológicamente los estudios presentados en 1902 y 1905 por Hans y Morell. Estos autores afirman, a igual que Oppel, que la cocaína y la novocaína es diez veces menos tóxica introducida en el organismo por vía arterial que por vía venosa, y tanto menos tóxica cuanto más calibre posea el árbol arterial inyectado.

En el tercer Congreso de Cirugía presentamos 23 casos de grandes operaciones bajo anestesia arterial con excelentes resultados, en ausencia de accidentes. En la actualidad contamos más de un centenar de operaciones quirúrgicas realizadas sobre miembros con anestesia arterial, si bien es forma de anestesia a emplear principalmente en caso de intervención sobre miembro superior, ya que para el miembro inferior disponemos con ventaja de la raquianestesia.

Ventaja inapreciable de la anestesia arterial es su duración en tanto pueda mantenerse la isquemia del miembro con el tubo de compresión, sin detrimento de los tejidos y en relación a las necesidades de la intervención. Basta quitar la ligadura del miembro para que cese rápidamente la anestesia.

Con objeto de simplificar la técnica de la anestesia arterial y para salvar el inconveniente, molestia o complicación técnica del aislamiento arterial de la arteria a inyectar, hemos utilizado el llamado cateterismo arterial. Para éste, y en la técnica de la anestesia arterial para el miembro superior, basta aislar la arteria radial, tiempo fácil técnicamente y que sólo requiere una ligera anestesia local para, una vez aislada, introducir por su luz una sonda fina ureteral que, en sentido retrógrado, recorra el trayecto arterial hasta la zona deseada y precisa de anestesiarse. Es en este momento cuando se inyecta con la misma aguja de la jeringa y por la luz de la sonda ureteral la solución anestésica y en dosis conveniente.

La solución anestésica que empleamos es la *novocaína sin adrenalina*, en dosis hasta de 100 c. c. de la solución isotónica, 50 centigramos de novocaína.

DESCRIPCIÓN CLÁSICA DE LOS EUNUCOS

Dr. G. Marañón Posadillo: De interés es el estudio de las enfermedades de las glándulas de secreción interna, en especial por el valor de las alteraciones morfológicas, las que se encuentran consignadas en la literatura, en la escultura y en la pintura de todos los tiempos. Los eunucos han sido descritos por todos los viajeros, pero son raras las descripciones de los hombres de ciencia.

En esta sesión presentamos unos comentarios a una descripción del siglo IX, después de Jesucristo, y debida a Chagi y traducida por el gran polígrafo español Asín Palacios.

Dr. A. Gimeno (Sr. Conde Gimeno): Lo interesante de esta descripción de los eunucos hace merecedor al Sr. Asín Palacios del homenaje de todos.— *M. Aceña.*

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 4 de Marzo de 1931.

SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO ACADÉMICO

Ocupada la presidencia por el Dr. Recasens, a quien acompañan los Dres. Palido, Otaola, Cospedal y Botín, y los Dres. Moreno y Soler, que habían de intervenir en el acto..., el secretario general, Dr. Moreno, procede a la lectura de la Memoria, como siempre bien documentada y constreñida a los moderados límites en que esta clase de trabajos deben modelarse, comenzando por rememorar las conferencias que durante el curso pronunciaron: el Dr. Recasens, sobre «Alteraciones de la menstruación por insuficiencia ovárica»; la doctora en Derecho señorita Clara Campoamor, acerca de «El primer derecho»; el Dr. Villaverde, a propósito de las «Alteraciones psíquicas de la mujer en relación con su vida genital», y el Dr. Marañón, en cuanto se refiere a los «Síntomas genitales de las afecciones endocrinas no gonadales», todas muy celebradas y aplaudidas por el público que afluyó a escucharlas. Cita los trabajos de los Dres. Pumaríño, López Dóriga, Parache, Rebollo, Pérez de Velasco, García Orcóyen y Campuzano, en el transcurso del año en sesiones ordinarias por sus autores y consocios en interesantes discusiones expuestas y debatidas con evidente entusiasmo. Trae a la memoria la sesión de clausura y el homenaje en ella rendido al Dr. Soler por sus relevantes cualidades personales, méritos científicos y generosidades profesionales que tanto relieve le han dado entre los especialistas españoles. Con satisfacción da cuenta del entusiasmo con que la Sociedad Ginecológica Española acaricia la común aspiración de celebrar en Madrid en la primavera próxima un Congreso de la especialidad entre portugueses y españoles, de cuya organización están encargados los Dres. Luque y Haro. Dedicó un sentido recuerdo a la memoria del doctor Parache, violentamente arrebatado de entre nosotros cuando empezaba a saborear los laureles de la gloria a expensas del trabajo conquistado; terminando por exteriorizar la coincidente casualidad de ser el Dr. Parache el designado para pronunciar el discurso inaugural de hoy, suceso que hubiera constituido un conflicto a no contar con la abnegada generosidad con que el Dr. Soler siempre se halla predispuesto a sacrificarse por la colectividad. (El Dr. Moreno fué calurosamente aplaudido.)

El Dr. Soler, afiligranado escritor y lector impecable, nos deleitó un largo rato dándonos a conocer los purísimos matices y las propias sugerencias en que ha inspirado su discurso: *Reflexiones que han contribuido a orientar nuestro criterio en el tratamiento del cáncer de la matriz, muy especialmente de su localización cervical*, cuya lectura recomendamos a los que se sientan acuciados por el deseo de conocerle en todo su alcance y extensión, pues de no ser así difícilmente podrán formar la exacta idea que su importancia entraña. Tomaremos, sin embargo, ligeros fragmentos que bien a las claras ponen de manifiesto las tendencias que impulsaron su conducta.

Del Dr. Federico Rubio son las palabras siguientes: «La alta cirugía—según tan esclarecido maestro—consiste en hacer, en caso indispensable, las operaciones reputadas por más difíciles, pero más principalmente en convertir las graves en leves y las dificultosas en sencillas. Feliz—decía—el que pudiera curar por terapéutica incruenta los afectos que en la actualidad sólo ceden al hierro. Más feliz el que pudiera dominarlo con la sola higiene. Sigamos, al menos en cuanto sea posible, este camino, que, a no dudar, es el verdadero camino del progreso.»

De una nota clínica para el tratamiento del cáncer del

útero, por el Dr. Soler publicada hace dieciséis años, transcribimos: «Si bien reconocemos—decíamos—que cuando el cáncer se halla en sus comienzos, sin invasiones ostensibles, cualquier vía para su intervención es buena, nosotros, no obstante, preferimos la vaginal, que consideramos menos traumática y de menos mortalidad, siquiera sea más difícil en su ejecución, y que, además, reúne, a las enunciadas, la circunstancia muy digna de ser tenida en cuenta de su acción menos deprimente en el ánimo de la enferma.

»En buen hora que el operador utilice la vía abdominal para aquellos casos en que, por estrechez de la vagina, aumento excesivo del útero o insuficiente cuello, le resulte así más accesible, o ya porque se acomode más a sus aptitudes; pero lo que rechazamos en absoluto es que de ella se sirva para la empresa ilusoria de destruir el cáncer en todas sus prolongaciones. El cirujano no debe ser sólo valiente operador, sino que ha de procurar, en cuanto posible le sea, disminuir todo lo que tienda a perturbar la conservación de la vida de sus operados: y tanto debe ser así, que como a la par de esas extensas invasiones va unida la depauperación del organismo, substrayéndolas con la denudación de órganos importantes, la privarán de grandes defensas, acreditándole tal conducta de hábil disector solamente, pues la cirugía, para las enfermas a tal situación conducidas, lo único que hace es precipitarlas al fin, sin ahorrarles ningún sufrimiento durante su corta supervivencia. ¡Cuántas veces ocurre que tras veinticuatro horas de esperanza vienen muchas de horrible agonía!

»Sin la pretensión de imponer nuestro criterio, que sostendremos mientras la realidad de los hechos no nos demuestre lo contrario, darémoslo por muy satisfechos si logramos con nuestras apreciaciones—ajenas de toda censura—dominar vehemencias quirúrgicas, especialmente de la juventud, que, ávida de conquistas y alentada con las facilidades que en la técnica moderna encuentra, olvídase en ocasiones de que el ser humano es algo más que terreno experimental.»

El Dr. Soler termina su meditado y magistral discurso con las siguientes palabras: ¡Todo cuanto hagamos por los infelices cancerosos será poco! Siendo a continuación aplaudido y felicitado con gran efusión por la concurrencia.

El Dr. Recasens encomia la perseverante y fructífera labor que la Sociedad Ginecológica Española en sentido progresivamente ascendente realiza; felicita al Dr. Soler por sus entusiasmas y nunca entibiadas aportaciones a la especialidad; estimula a los socios para que entre ellos no decaiga ni se enfríe el interés que bien probado tienen en pro del resurgimiento de la Sociedad, y termina ofreciéndose a contribuir a cuanto tienda al progreso y bienestar de la humanidad; declarando abierto el curso académico y terminando el acto y siendo a continuación saludado por una clamorosa ovación a su retirada del salón.

**

SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE MADRID

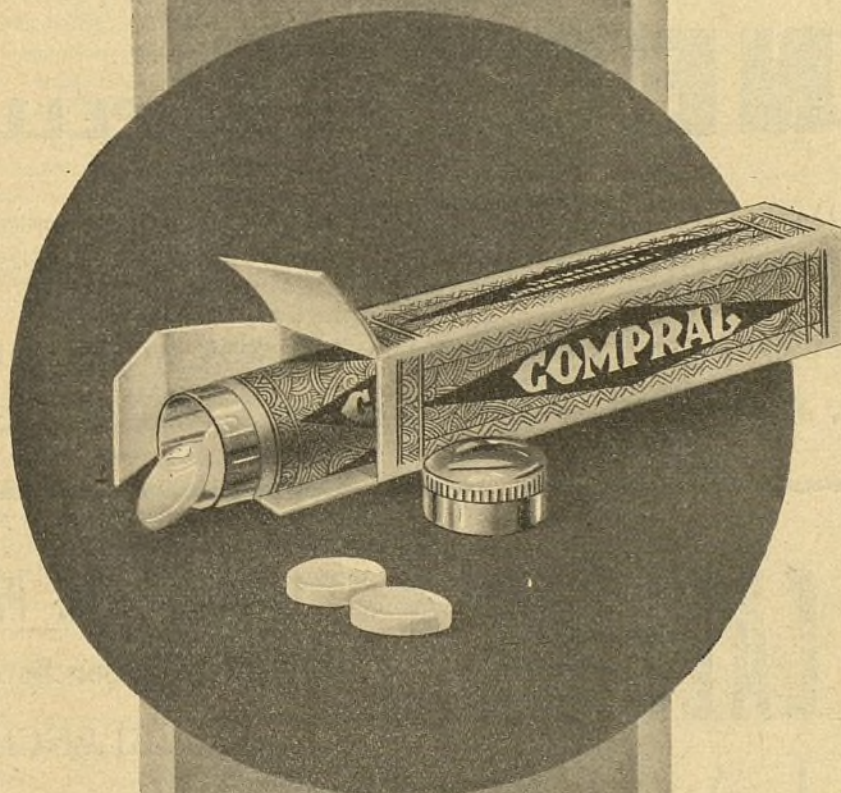
Sesión de 5 de Marzo de 1931.

Presidida por el Dr. Suñer.

El Dr. Laguna, en una notable y extensa comunicación se ocupa de «Quistes hidatídicos cerebrales», que con gran competencia y en todos sus aspectos y facetas expone, analiza y juzga en dos interesantes casos, de que por la falta de espacio no podemos detalladamente dar cuenta hoy, bien a despecho de nuestra voluntad. El Dr. Sixto Hontán opone a lo manifestado por el preopinante algunas objeciones que estima pertinentes. El Dr. Cavenget alaba el trabajo con que

COMPRAL

Suprime
todos los dolores



Antidoloroso eficaz e inofensivo
sin acción hipnótica secundaria
Sustituye en muchos
casos a la morfina

Presentación: C O M P R A L
Tubo de X tabletas de 0,5 g.
Envase original

Bayer-Meister-Lucius

MUESTRAS Y LITERATURA:

LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

Ausias March, 14-18. — Apartado 280. — BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

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

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.

el Dr. Laguna se ha revelado como una realidad de gran estimación, y el Dr. Suñer levanta la sesión transcurrida con exceso la hora reglamentaria.—*Sedisal.*

**

BARCELONA

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 20 de Enero de 1931.

DOS CASOS DE ABDOMEN AGUDO PRODUCIDOS POR EL DIVERTÍCULO DE MECKEL

Dres. Bofill Pascual y J. Trías Pujol: Historian los dos siguientes casos:

Individuo de dieciséis años de edad, sin antecedentes dignos de mención. Hace siete días notó bruscamente un dolor agudo en la región umbilical con vómitos alimenticios, sensación de calor y vientre cerrado. En días sucesivos continúa el dolor; pero es menos intenso y aparecen crisis con contracturas intestinales; el vientre continúa cerrado; orina escasa. Por inspección: vientre abultado, prominente en la región meso e hipogástrica; se transparentan las asas intestinales, dilatadas, y se observan movimientos peristálticos por excitación. Por palpación: zona dolorosa periumbilical, resto del abdomen ligeramente doloroso, sin defensa muscular; abdomen de consistencia elástica. Por percusión: timpanismo uniforme; se conserva la matidez hepática. Enfermo deshidratado; extremidades frías, no hay hipertermia; pulso pequeño, pero tenso y rítmico, 96 pulsaciones por minuto. Tacto rectal sin interés. Diagnóstico: oclusión intestinal de origen mecánico. Se interviene y se encuentra una oclusión intestinal por divertículo de Meckel, en la siguiente forma: el asa aferente al divertículo está estrangulada por él, y el resto de los vasos onfalomesentéricos convertidos en un resistente cordón fibroso implantado en el mesenterio de la misma asa. Las asas situadas por encima de la estrangulación están dilatadas; las inferiores a la misma son de un calibre aproximado a la mitad del normal. El divertículo está implantado al empezar las asas de pequeño calibre en el borde del íleon y a unos 60 centímetros del ciego. Intervención: laparatomía media, sección de la brida fibrosa; resección del divertículo seguido de la sutura del orificio intestinal en dos planos. Estas suturas se efectúan en sentido transversal al intestino para no ocluir la luz del mismo; pero aun así hay que practicar una ileoileostomía laterolateral por quedar insuficiente dicha luz (medio a un centímetro). Las tónicas intestinales de las asas eferentes al divertículo son muy finas, lo que hace laboriosas las suturas. Cierre de la pared en tres planos. Curso postoperatorio normal.

El segundo caso corresponde a un niño de doce años de edad. La sintomatología es característica de la oclusión intestinal de origen mecánico, pero recordando el caso anterior lo atribuyen al divertículo de Meckel. El aspecto del enfermo es de un grado muy intenso de intoxicación: lengua seca, temperatura de 38°, pulso pequeño, blando y a 130. Es intervenido de urgencia, encontrando la base del divertículo completamente gangrenada y rodeada de un absceso completamente limitado. En la intervención se resecaron unos 12 centímetros de íleon, comprendiendo el divertículo, seguida de una ileoileostomía laterolateral. Muere a las tres horas de la intervención.

Consideran que el diagnóstico debe hacerse por exclusión, y dicen que cuando se trata de una oclusión intestinal en un sujeto joven menor de veinte años que no presenta antecedentes apendicular, ni fímicos viscerales y si, además,

pertenece al género masculino, o si es una mujer que no ha tenido ningún proceso genital, debe pensarse siempre en la oclusión por divertículo de Meckel. Insisten acerca de la necesidad de efectuar en la mayoría de los casos una ileoileostomía, y si las asas eferentes al divertículo son insuficientes para efectuar una ileocecostomía.

LUXACIÓN CONGÉNITA DE LA RODILLA CON OTRAS LUXACIONES

Dres. F. Jimeno Vidal y J. Trías Pujol: Se trata de un rarísimo y notabilísimo caso en una niña de tres meses de edad, de bilateral luxación congénita anterior de rodilla, luxación congénita de cadera, pies zambos, laxitud articular de los dedos de la mano y sindactilia simétrica del segundo y tercer dedo del pie. Naturalmente, estas numerosas deformidades congénitas, observadas en un mismo individuo, constituyen un caso anómalo en la literatura, siendo de un valor extraordinario. Presidiendo el cortejo de deformidades que constituye el título de esta observación, colocan la luxación congénita anterior de rodilla, teniendo presente que es la más infrecuente de todas. En la bibliografía española sólo han encontrado esta dislocación una sola vez. (A. Trías Pujol, de Barcelona, 1918.) En el extranjero se prestó mayor atención a la misma, y los disertantes han encontrado 54 historias clínicas de sujetos con este defecto congénito. Deducen de ello la rareza del mismo.

Dicen que el vicio fundamental de conformación es una luxación anterior de la tibia y no vacilan en establecer este diagnóstico en el presente caso.

LA ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER

Dres. F. Jimeno Vidal y J. Trías Pujol: Hacen historia de las afecciones que en la tuberosidad anterior de la tibia pueden tener asiento, indicando que en muchas ocasiones el nombre de enfermedad de Osgood-Schlatter está mal aplicado.

Seguidamente explican el siguiente cuadro clínico, muy frecuente, y que es costumbre incluirlo en el cuadro sintomático de la enfermedad de Osgood-Schlatter:

Muchacho de unos doce o trece años que comienza a sentir un dolor en la tuberosidad anterior de la tibia y se nota un abultamiento en este sitio, lo que no impide la mayor parte de las veces caminar ni realizar sus juveniles ocupaciones habituales. Cuando le visita el facultativo observa que la tuberosidad anterior se halla ligeramente abultada y que existe un dolor a la presión francamente localizado en este sitio. Los movimientos de la rodilla normales. Se investiga el traumatismo y el paciente lo explica, muchas veces, de un modo confuso, pero nunca se halla la continuidad del traumatismo con la dolencia. Cuando existió realmente un trauma, hay un espacio libre entre éste y el momento en que la tuberosidad empieza a doler. Se hace una radiografía y encuentran muy pocos detalles; comparándola con el lado sano, se observa una diástasis apofisodisaria, una disminución de la claridad entre la apófisis y la diáfisis, con pérdida de nitidez en la disposición trabecular de la apófisis en forma de pico. A veces se hallan alteraciones más fuertes, retardos de osificación, aparición de varios núcleos, zonas de decalcificación, aunque no es lo común. Se recomienda reposo, cámaras de Bier, es decir, tratamiento conservador y en el curso de pocos meses todo reingresa en el cauce normal.

Este es el cuadro vulgar que se observa y que corresponde, indudablemente, a una epífisis de crecimiento: es la apófisis tibial anterior de la adolescencia, y siendo así, ¿para qué emplear nombres propios, cuando tan perfectamente cuadra esta denominación?

LUMBALIZACIÓN DE LA PRIMERA SACRA

Dr. Trenchs Codoñes: Aporta un caso de esta naturaleza en que, después de algunas dudas, pudo apreciarse radiográficamente la lumbalización de la primera sacra. Dice que este proceso es más frecuente de lo que se cree y que los casos observados se irán conociendo poco a poco. No debe confundirse con el mal de Pott y deben ser sospechosos todos los casos rebeldes al tratamiento. La radiografía debe abarcar toda la región vertebral, lumbar y sacra.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE GRACIA Y JUSTICIA

Reglas para el ingreso de excedentes en las escalas de médicos... del Cuerpo de Prisiones.

REAL ORDEN NÚM. 119

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido dictar las siguientes reglas:

1.^a Se reservará para el reingreso de excedentes en las escalas de médicos, capellanes y maestros de la Sección facultativa del Cuerpo de Prisiones, la primera de cada dos vacantes que se produzcan; dándose la segunda a la amortización, con destino a la mejora de la plantilla respectiva.

2.^a En la vacante que deba amortizarse se correrá la escala hasta la última categoría y clase; disponiéndose sólo de la resulta, excepto en la de capellanes, que no podrá hacerse en tanto no queden amortizadas las dos plazas de auxiliares a extinguir, por estar, con tal carácter, consignadas en el Presupuesto vigente.

Madrid, 25 de Febrero de 1931.—*Alhucemas*.—Señor director general de Prisiones. (*Gaceta* del 26 de Febrero de 1931.)

COLEGIO DE HUERFANOS

JUSTA CONMEMORACIÓN

El martes último, por disposición de la Junta de Patronato del Colegio de Huérfanos de Médicos, se celebró en la Iglesia del Cristo de la Salud un modesto pero solemne funeral en conmemoración de los bienhechores de la floreciente Institución, bendecida por tantas madres y agradecida por los médicos españoles. Al acto asistieron representaciones de los niños y de las familias de los señores protectores, entre las que fueron invitadas la de Pando y Valle, la de Iglesias, padre e hijo; Cea (D. Felipe), Morales y otras. El mismo día o al siguiente se celebró otra misa, con la misma dedicación, en la Institución de niñas mayores de la calle de San Lorenzo, y se dispuso otra en el Colegio de Pinto para que sea oída con ese especial objeto por las niñas que allí reciben su amparo y enseñanza

Donativos recibidos en EL SIGLO MEDICO:

El Dr. Marin Amat nos ha remitido tres vales de certificación con destino al Colegio de Huérfanos.

La familia de D. Faustino López Armentia nos ha entregado 5 pesetas

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,6; ídem mínima, 687,5; temperatura máxima, 17°, 8; ídem mínima, -7°, 4; vientos dominantes, OSO., SE. y SO.

Mejora el estado de la salud pública, aunque perseveran las reliquias catarrales consecutivas a la pasada gripe. Algunos casos de toses perseverantes por localizaciones tráqueobronquiales continúan siendo molestos, aunque a veces no llegan ni a producir reflejos febriles.

Las congestiones de los centros nerviosos y del hígado van disminuyendo, y en los niños mejoran mucho las anginas y las fiebres eruptivas.

CRONICAS

Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Esta Academia celebrará sesión el miércoles 18, a las siete de la tarde, en el Dispensario Martínez Anido, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. Sáinz de Aja: «Sobre las orientaciones actuales del tratamiento en sífilis».

Dr. Bertoloty: «El tratamiento de las vesiculitis gonocócicas».

Dres. Bejarano y Enterria: «Sobre la leucemia cutis, de forma pseudoleprosa».

Dr. J. Bejarano: «Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en sus relaciones con el prurito y afecciones pruriginosas».

Dr. Covisa: «Un caso de pénfigo vegetante».

Dr. M. Hombria: Una nueva modificación a las técnicas de hemólisis al suero activo. Las reacciones de floculación en el líquido cefalorraquídeo».

Dres. Gay y Díaz del Villar: «Las formas chancriformes de la balanitis gangrenosa de Scherber Müller».

Noticias.—Los Laboratorios Turón, de Barcelona, han trasladado el domicilio a la calle de Lauria, 96.

—Del 27 de Marzo al 2 de Abril tendrá lugar en Burdeos el XXXV Congreso de médicos alienistas y neurólogos de Francia y de los países de lengua francesa, bajo la presidencia del Dr. Póctet, médico jefe honorario de los asilos del Sena.

—En Milán, durante los días 20 al 28 de Abril, tendrá lugar el II Congreso internacional de técnica sanitaria e higiene comunal.

—El VI Congreso Internacional de Medicina y Farmacia militares tendrá lugar en La Haya durante los días 1.º al 6 de Junio próximo.

El Comité del Congreso organiza al propio tiempo una exposición histórica de los servicios de Sanidad de los ejércitos de tierra, de mar y del aire.

Salicitiro, Paidocalcina, Vitolo, Zinosal.—Al número presente acompañamos un prospecto interesante de los Laboratorios Juste. Apartado 9.030, Madrid, recomendando su lectura y pedido de muestras.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.

Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.466