

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..... }

Calcio-Diuretina

(Teobromina-Salicilato de Calcio) «Knoll»

ha dado brillantes pruebas
de su eficacia en la

hipertensión, arterioesclerosis,
espasmos vasculares, asma, an-
gina de pecho y como diurético.

Recomiendase frecuentemente también como profiláctico
contra los achaques del hombre pasados los 40 años.

Perfecta tolerabilidad y carencia
de todo sabor alcalino

Tubos de 20 tabletas de 50 cgrs.

Cardiazol
Pentametil-tetrazol
el analéptico del día

Acción rapidísima sobre circulación y respiración
en colapsos, intoxicaciones, enfermedades infec-
ciosas, etc. Como profiláctico antes de operaciones.

Enteramente soluble en agua.

Efecto inmediato por vía subcutánea.

Tabletas • Líquido • Inyectables • Polvo.

KNOLL A.-G.,

Fábricas de Productos
Químicos



LÜDWIGSHAFEN DEL RHIN

Ayuntamiento de Madrid

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C⁴² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del
muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

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



Píldoras

del

Dr. Sejournet

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

RHOMNOL

(C⁶⁰ H⁸⁴ A²⁴ P⁴ O⁷²)

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



RHOMNOL

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

EUMICTINE

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

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

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



NEO - RHOMNOL

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

2 comprimidos al día.

Completamente asimilable.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

Ayuntamiento de Madrid

solución de continuidad de las membranas. En muchos casos el desconocimiento de que se trataba de una rotura de las membranas ha hecho que se diera el diagnóstico de hidrorrea, que es un capítulo sumamente oscuro.

Cuando una mujer padece rotura prematura de las membranas es preciso ponerla en reposo, si es posible en cama, asegurarse de la posición del feto, y en caso de que no sea longitudinal ponerle en ella y hacer cuanto esté en mano del médico para mantener esta posición, pues hay que temer que de un momento a otro se producirá una evacuación abundante de líquido y la presentación quedará encajada, sea correcta o sea viciosa. Se tomará la temperatura a la enferma varias veces al día, por lo menos dos de ellas; se determinará todos los días si el feto está vivo, pues en caso de que muera la putrefacción sería una causa de agravación del pronóstico; y, por otra parte, lejos de indicar la conveniencia de mantener a la enferma en el reposo absoluto en que se la tenía, lo que indica es que conviene hacer lo posible por vaciar el útero en seguida. La desinfección de la vagina es conveniente, pero examinando antes, preferible es que con espéculum, el estado del cuello del útero. Si se encuentra abierto o entreabierto se evitarán totalmente las irrigaciones vaginales; de lo contrario, se pueden hacer con corriente sumamente suave y con líquidos ligeramente antisépticos. Por último, se tendrá todo preparado para asistir en cualquier momento al parto o para vaciar el útero en cualquier momento, siendo esto último muy importante y requiriendo especial atención por lo mismo que así como se puede presentar en el momento menos pensado, puede tardar muchas semanas.

En el momento del parto téngase presente que la dilatación se hace de una manera lenta por faltar la bolsa de las aguas; que no es prudente intentar sustituirla, como se hace en otros casos, por el balón de Barnes o el de Champetier, puesto que la comunicación entre la vagina y la cavidad del útero ha durado un tiempo excesivo y el peligro de la infección es mayor. También se estará prevenidos para combatir las hemorragias, a veces copiosas, que se suelen pro-



neamente suficiente y que se produzcan hemorragias, en muchos casos seguidas de la expulsión del feto. Por eso en la mujer que muestra alguna hemorragia, sobre todo si antes ha tenido abortos por anteversión, es inminente un nuevo aborto, y hay que prevenirle haciendo que la enferma permanezca en cama durante los primeros meses, hasta que el útero haya adquirido el volumen necesario para que el empleo de una faja sea suficiente a mantenerle en su posición normal. La anteversión que se produce en los últimos meses del embarazo se encuentra en multiparas en quienes la relajación de la pared abdominal y la eventración impiden que el útero quede sostenido como es normal que lo esté. Cuando la enferma está de pie siente una tirantez intensa en la región lumbar, y la forma del vientre, que es péndulo, acusa claramente la causa del trastorno.

Cuando la enferma se acuesta en decúbito dorsal, estos trastornos desaparecen. El reposo en cama y el uso de la faja son suficientes para corregir la anteversión y mantener la corrección conseguida. En caso de tropezar con dificultad para la reducción, se podrá hacer manual de la misma forma que se expuso para la retroversión.

Hasta aquí hemos tratado de las alteraciones de la madre; pasemos revista ahora a las que puede presentar el huevo.

Para ello veremos sucesivamente las lesiones de la caduca, las del corion y de la placenta, las del amnios, las del líquido amniótico, las del cordón y las del feto. Claro está que la división no se puede llevar a cabo con un criterio muy riguroso, por cuanto la lesión de una de estas partes suele repercutir sobre las demás y, en especial, sobre el desarrollo del feto. Las lesiones más corrientes en la caduca son: la atrofia, la inflamación, que es una endometritis, y una lesión especial que determina flujo líquido y que se llama hidrorrea decidual. La atrofia es excepcional y puede afectar a diferentes partes del endometrio. La parte más importante es aquella en que se ha de desarrollar la placenta; cuando existe esta atrofia, o bien la placenta no

puede llegar a desarrollarse y el feto sucumbe, o bien se tiene que extender desmesuradamente para compensar la deficiencia de implantación.

La endometritis durante el embarazo puede afectar dos modalidades: aguda y crónica. La forma aguda se presenta en gran número de enfermedades infecciosas, y suele ir acompañada de hemorragias. Casi siempre determina el aborto. Se la ha observado en el cólera, en la viruela, etc.

La endometritis crónica es generalmente la consecuencia de una enfermedad que existía antes del embarazo. En la mayoría de los casos se reduce la lesión a un espesamiento de la mucosa del útero; pero si es muy intensa puede ser motivo de la deficiencia de desarrollo del embrión y del aborto o del parto prematuro.

La hidrorrea consiste en el flujo de un líquido que se denominó falsas aguas. Este flujo puede proceder de la caduca o del amnios, y, por tanto, se distinguen dos clases de hidrorrea, la decidual y la amniótica. La hidrorrea decidual es poco corriente y se suele presentar en los últimos meses del embarazo, pero en algunas ocasiones se la observa desde los meses primeros y aun desde las primeras semanas.

Se ha llegado a describir un hidroperitoneo (no hidroperitoneo) que consistiría en el acúmulo de líquido entre las dos hojas de la caduca, la uterina y la refleja, admitiendo que, a partir del cuarto mes del embarazo, esta caduca se desdobra y el líquido ocupa el espacio que separa ambas hojas.

Por ser poco frecuente esta hidrorrea y menos frecuente todavía la posibilidad de hacer autopsias se conoce muy mal el mecanismo de su producción. En uno de los casos en que se pudo hacer la autopsia a las tres semanas de haber ido la enferma a consultar por su hidrorrea, sin que la muerte tuviera nada que ver con la marcha del embarazo, se encontraron dos bolsas llenas de líquido entre la pared del útero y la caduca, pero no en desdoblamiento alguno de ésta; se trataba evidentemente de un desprendimiento parcial de las membranas y el líquido era un trasu-

raré la normalidad del parto; si es inmediatamente antes del período en que éste había de producirse, no se alterará nada.

Sin embargo, hay que hacer una salvedad importante, y es que por no poderse producir la bolsa de las aguas cuando la rotura ha sido baja y la pérdida de líquido abundante, el parto suele prolongarse más que en condiciones normales y por consiguiente el período en que la vagina está en comunicación con el útero también se prolonga más y el peligro de infección es mayor.

En estas condiciones el pronóstico del parto depende de la flora existente en la vagina. Se han admitido toda clase de causas para explicar la rotura prematura de las membranas.

La que tiene mayores probabilidades de ser la verdadera es el exceso de líquido amniótico y la exagerada tensión del mismo. También se habla mucho de la fragilidad excesiva de las membranas; pero en realidad, lo único que se puede afirmar de esta fragilidad es que existe en los casos de inserción viciosa de la placenta, puesto que, en efecto, cuando las membranas que se encuentran en las inmediaciones del cuello uterino son gruesas es cuando tienen mayor tendencia a desgarrarse, y esto sucede precisamente en los casos en que la placenta se inserta en la parte inferior del útero.

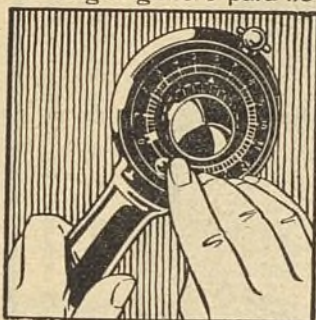
El diagnóstico diferencial habrá de eliminar previamente, lo mismo que en los casos de que antes nos hemos ocupado, la posibilidad de que se trate de orina o del sobrante de una irrigación uterina. Eliminadas estas causas, probablemente no será difícil determinar que el líquido expulsado es líquido amniótico, pero una vez llegado a esto hace falta confirmar que se trata de una rotura prematura de las membranas. Se procurará recoger la mayor parte del líquido que se derrama, colocando para ello bajo las nalgas de la enferma un lienzo embreado o un hule, y vertiendo luego este líquido en una copa de laboratorio se observará su aspecto macroscópico y si contiene residuos del esmegma fetal, que demuestran con su presencia la existencia de una

PHILIPS "Metalix"

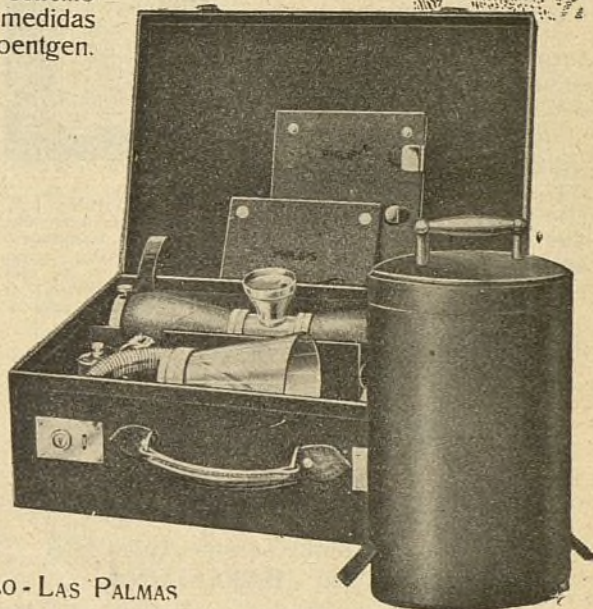
EL DIAGNÓSTICO ROENTGEN, EL MÁS

MODERNO AUXILIAR DEL MÉDICO PRÁCTICO!

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



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



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

PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

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

Sedare dolorem opus divinum est.

HIPOCRATES

El poder de Mitigar el Dolor es Propiedad Específica de la Termoterapia

Debido a su capacidad en mantener, por un período largo, el húmedo, la

Antiphlogistine

quita la congestión local por medio de la hiperemia colateral. Rompe la éstasis vascular y produce una inhibición en los nervios sensorios, aliviando el dolor mediante los nervios térmicos de la piel.

La **Antiphlogistine** es un analgésico eficaz en todos los casos de inflamación en que prevalecen el dolor y malestar.

La **ANTIPHLOGISTINE** conserva su calor por un período de doce a veinticuatro horas, obviando la necesidad de cambios continuos ocasionados por otras formas de cataplasmas.

Muestras y folletos a solicitud.

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

Agentes exclusivos de venta para toda España:

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

Ayuntamiento de Madrid

¡El Original!

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



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

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

AGAROL

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

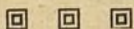
INDUSTRIAL MEDICA SANITARIA

Fabricación de Mobiliarios para
CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

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

== Oferta especial para los señores médicos. ==

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 83 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» » con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 81,00
» » con porta-irrigador.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» » de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00



Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

Jugo de carne Valentine's.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Cuando por cualquier causa el estómago devuelve los alimentos ó las medicinas, el JUGO VALENTINE'S demuestra su facilidad de asimilación y el gran poder que tiene para restaurar las fuerzas.

TUBERCULOSIS

ROBERT ALFRED BINDLEY M. D., último jefe médico en el Hospital del Norte de Londres para consuntivos: «He empleado considerables cantidades de **Jugo Valentine's** cuando fui jefe médico residente en el Hospital del Norte de Londres para tísicos, y lo considero de excelente valor como alimento para todos los que padecen de extenuación ó sufren perturbaciones graves en el aparato digestivo.»

PIETRO BORROMEIO, médico cirujano del Hospital de Roma (Italia): «He ensayado el **Jugo Valentine's** en la sección de tuberculosos del Hospital del Espíritu Santo, y he podido comprobar las grandes ventajas que proporciona en la nutrición de los tísicos. Es agradable al paladar de los enfermos, aun al de los que lo tengan más estragado; no irrita el estómago; estimula las funciones peptogástricas y aumenta notablemente el apetito, aun en los casos de sufrir fiebres altas ó de extrema extenuación de fuerzas.»

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

De venta en farmacias y droguerías en Europa y América.

VALENTINE'S MEAT - JUICE Co.

Richmond, Virginia, U. S. A.

Agentes generales para España y sus colonias.

E. DURAN, S. en C.

Calle de Tetuán, 9 y 11. — MADRID

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

28 III-1931

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

MENTIRA Y MENTIRAS

POR EL

DR. LILY WAGNER

en su colaboración de «Die Woche».

La mentira llegó al mundo por el hombre—opinó el gran educador de la humanidad Jean Jacques Rousseau—, que por su naturaleza es, sin embargo, bueno; la mentira es un producto de la

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar á nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

educación. Las mentiras de los niños son siempre producto del maestro—dice en el Emilio, su gran novela de la educación—. ¡Gran error! La mentira no es un producto de la cultura; penetra en raíces filogenéticas hasta las capas inferiores de la vida; para descubrir sus orígenes debemos profundizar mucho en la serie de los seres vivos.

No sólo el hombre, sino el animal, la planta, conocen el engaño; la conducción al error, el disfraz, que no son un descubrimiento de la conciencia, porque se nos presentan en escalas de los seres a los que no concedemos ninguna conciencia. El abrigo (el escondite), el reclamo y el disfraz que asusta, son los medios preferidos de que se sirven animales y plantas en diversas variaciones para luchar por su vida, no por juegos estéticos, sino para sus necesidades vitales.

Un disfraz de defensa escogido por las plantas, por ejemplo, cuando éstas para escapar al hambre del reino animal

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

adoptan formas caprichosas, como cuando se sujetan a las rocas por verdaderos tejidos, que semejan a excrementos de aves, o copian el aspecto de plantas defendidas por pinchos o por venenos.

Más evidentes y más extendidos son los engaños en el reino animal. La psicología de los animales es la que, en primer lugar, nos ha evidenciado con gran frecuencia en los últimos tiempos que la mentira filogenéticamente está preparada por aquellas simulaciones conocidas con el nombre de mimetismo y que, aun en los casos en que el engaño tiene lugar sin conocimiento del ani-

mal, por lo menos debe ser considerado como engaño, si no lo es como mentira.

En un pardo sucio de campo o en un gris poco visible se envuelven, en nuestro mundo animal, centro europeo, muchos mamíferos y aves; hasta los mismos huevos de las especies que empollan en el suelo se adaptan por su color al color de éste. La mayoría de los animales del desierto llevan el uniforme kaki, del desierto; así mamíferos, reptiles e insectos, especialmente muchas especies de langosta. El que, por el contrario, está seguro de escapar a la persecución por poseer armas especiales, venenos, olores desagradables y otros medios defensivos, no necesita disfrazarse; ese conoce más bien el orgullo de sus colores y lleva con satisfacción un uniforme brillante que se hace visible desde larga distancia. El traje es la advertencia de la amenaza.

Hay, por último, un último grupo de engaños que sólo tienen lugar en los más elevados representantes de la serie animal, que ni son orgánicos ni pueden atribuirse a instintos o reflejos heredados, sino que, del mismo modo que la mentira humana, tienen lugar basados

reñían entre sí se escapaba y observaba, a distancia, el desarrollo ulterior del asunto.

Cuando en el mundo animal el número y clase de los engaños es tan considerable, no podemos admirarnos que en los hombres primitivos, que desde tantos puntos de vista se encuentran sujetos a la animalidad, los engaños y la metira desempeñen tan importante papel. Es evidente que el primitivo miente. Cuando preguntemos a los etnólogos, recibiremos con mucha frecuencia

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

Véase anuncio, página V.

la respuesta: «Todos los negros mienten», o «Los naturales de Australia son disimulados», y otras análogas.

Sin embargo, no procedemos con justicia con el hombre primitivo, como él mismo reclama, aplicándole nuestro menosprecio moral tan generalizado. Nosotros olvidamos con demasiada facilidad que nuestra apreciación de la verdad es el resultado de una posición completamente distinta con respecto a la Naturaleza y a los demás hombres; que la mayor seguridad en el dominio de la Naturaleza da al hombre una cierta independencia con respecto a los procesos y accidentes del mundo que le rodea. El pensamiento primitivo es concreto, se adhiere a los datos sensoriales. Sin embargo, es muy difícil para un individuo perteneciente a una de las capas más bajas de la cultura comprender la veracidad de estos datos sensoriales.

Son demasiado sutiles las diferencias entre la realidad, la verdad y la mentira; el sueño y la realidad se entrecruzan y difícilmente se dejan separar entre sí. La valoración de los sueños demuestra con especial claridad qué engañosa es la realidad para el hombre primitivo. Las voces que oye en el sueño, la imagen que él ve, es también la «verdad».

Durante demasiado tiempo se ha empleado para medir la mentira de los niños una regla exclusivamente moral. Federico Fröbel, el creador de los jardines de la infancia y de las escuelas para

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

en la reflexión. Seguramente pertenece a este grupo un modo de conducirse el chimpancé que Köhler observó en Tenerife. Una ocupación favorita del mono era golpear las gallinas con un palo. Las gallinas eran unas veces alimentadas con pan, otras sólo atraídas por él, y de repente con un palo golpeadas vivamente. Algunas veces se reunían para este objeto dos monos; el uno daba el pan y el otro los palos.

De otro mono, un macaco joven, sabemos que le proporcionaba un placer especial excitar, unos contra otros, a sus compañeros de jaula. El animal procedía como si fuera atacado por otro mono, y cuando los monos más viejos

ANÁLISIS TIPO DE CACODILATO DE SOSA

VITOLO

20 gramos de Cacodilato de Sosa en 100 gramos de VITOLO

ANÁLISIS: INORGÁNICO - APTERIO

Calor: 1000 gr. de VITOLO

Aplicación: 100 gr. de VITOLO

Indicaciones: 100 gr. de VITOLO

Indicaciones: 100 gr. de VITOLO

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

niños pequeños, considera la mentira como el único origen del mal en el mundo. Y eliminar este mal del mundo debía constituir todo el alfa y el omega de la educación actual. Llama nuestra atención una ojeada sobre los motivos de la mentira infantil. No sólo debemos comprender la mentira desde el punto de vista filosófico moral, sino, ante todo, desde el psicológico social, si es que hemos de oponernos a la justificación de la mentira infantil.

Lo que engendra la conducta mentirosa del niño es, con frecuencia, su impulso de juego; lo que es mal visto por el adulto por analogía con su propio modo de pensar. Pero el niño no quiere hacer comprobaciones, no quiere descubrir relaciones entre las cosas; su fantasía y las imágenes de sus deseos son con frecuencia tan vivas que, del mismo modo que los primitivos, las toma por realidad.

También la limitada capacidad de los

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

recuerdos y de la expresión infantiles conduce con frecuencia a una falsa valorización de lo que parece ser mentiras infantiles. Si se trata en tales manifestaciones falsas de los niños de cosas en las cuales el niño no tiene el menor interés, nadie podrá echarle en cara su mentira. Próxima a ello, sin que se halle justificada, se encuentra la sospecha de la mentira cuando el niño puede deducir una utilidad de sus manifestaciones que, con frecuencia, sólo son el producto de las preguntas sugestionadas de los adultos.

No hace falta insistir en que el placer de la relación fabuladora de los niños es algo diferente de la mentira. El niño combina en juego piedras, maderas o palabras. El placer de reproducir y el espíritu creador entran aquí en juego y hay que reconocer a las escuelas modernas el servicio que realizan al tener en cuenta estas circunstancias. Si este placer de fabulación y de engaños en el recuerdo se encuentra intimamente entremezclado con una conciencia de la finalidad y de la ventaja personal, nos encontramos una forma de transición desde lo que parece mentira y no lo es a la mentira consciente. Desde el error a la mentira.

Sin embargo, aun la misma mentira

"MALTOPOL"

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

en el niño no siempre debe ser condenada en globo, según las últimas investigaciones de la psicología infantil; es en su mayor parte una mentira social, es decir, la que se lanza en interés de los padres, de los hermanos, de los camaradas; en edades superiores, en interés de comunidades más dilatadas, como las de clase o la misma patria.

Otro grupo esencial es la mentira convencional; es compartida durante largo tiempo por los mismos adultos, y los niños son educados en ella como en

un asunto de buen tono y de la conducta prudente.

¿Qué conducta debe y puede adoptar

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

el educador en este espinoso y difícil asunto? ¿Debe inclinarse ante las disposiciones rigurosas del ético que, como Kant, expresaba su desprecio hacia toda mentira?

Planteadas la cuestión hay que negarla. El pedagogo práctico educa los niños para la vida, no para el ideal, que sin duda sería el de la verdad absoluta. Pero, ¿qué sentido tendría educar niños para un mundo libre de mentira cuando en el mundo en el que después se hallarán no puede llegarse a nada sin la mentira social y convencional?

Queda, por lo tanto, sólo el compromiso. El educador considera la mentira infantil, no con los ojos del adulto, sino que trata de colocarse en el punto de vista del niño, y mide su situación y sus necesidades. Debe evitar, ante todo, ver sólo en el descarrilamiento del niño y del joven faltas de carácter. El crédito y la comprensión que el maestro le concede, hacen al niño mucho más agradable la verdad.

Hay también otra teoría de educar al

Urosolvina: eficaz antiúrico.

niño a la verdad, no por exhortación, sino por el ejercicio. La exhortación verdadera del niño debe ser afirmada por su control propio y su autocritica; debe dársele más fe en sí mismo y para los otros. Esto, sin embargo, sólo es posible cuando la educación para la verdad no se presenta como un problema independiente, sino como uno de los problemas parciales de la educación total, cuya finalidad principal no es, según opina con razón la escuela moderna, la sola transmisión de la ciencia, sino la formación del carácter de la nueva generación.

UN MEDICO cazador que tenía un criado bastante torpe, le envió cierto día con una caja de píldoras para un enfermo y con media docena de conejos para un amigo suyo.

Y el criado, como ya en él era habitual, se equivocó y entregó las píldoras al amigo y los conejos al enfermo.

Cuál no fué la estupefacción del paciente cuando, con los conejos, recibió la receta «Tráguese dos cada media hora».

**

MENOS TRABAJO nos cuesta hacer más de lo que debemos, que el hacer únicamente el que debemos.

El reparo a las setas.

En nuestro número del 10 de Enero, en esta Sección hemos publicado una pequeña nota respecto a la prueba para distinguir las setas buenas de las venenosas.

Nos es muy satisfactorio comunicar a nuestros lectores que veinticuatro horas después de puesto el número en circulación recibimos de un amigo querido nuestro una atenta tarjeta llamándonos la atención acerca de lo que se dice en el Tratado de Terapéutica especial de las enfermedades internas, de Penzoldt y Stintzing, versión castellana de Ulecia y Cardona, tomo II, 1896, pág. 265, respecto al asunto. Sentimos que el trastorno producido por la huelga de impresores haya dilatado tanto tiempo la publicación de esta nota que escribimos en el momento de producirse la huelga. Como la aclaración es de verda-

ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

dero interés tenemos el gusto de reproducir los párrafos siguientes:

«La distinción entre los hongos comestibles y los venenosos sólo puede establecerse por los caracteres señalados por los botánicos; los que se fundan en datos no relativos a los signos propios del género y de la especie son falaces. No es cierto, como muchos creen, que los hongos venenosos tienen mal color y mal sabor; hay, por el contrario, ciertas setas que tienen un sabor acre y como de pimienta cuando están crudas... y en cambio estos mismos vegetales, una vez cocidos, tienen un sabor muy agradable.

Es inexacto el dato de que la presencia de caracoles, de larvas de escarabajos o de sus residuos, sea una prueba de que las setas sean inofensivas; las más venenosas, como la amanita bulbosa y la muscaria, sirven de pasto lo mismo a los caracoles que a las larvas de dípteros y estafilinos.

El punto donde se encuentren los hongos no tiene ninguna importancia; tanto que, generalmente, los venenosos, que dan origen a accidentes, se recogen cuando los comestibles y en el mismo sitio que éstos. También es errónea la creencia de que al cocerlos se distinguirán en que sumergiendo en los materia-

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

les en cocción una cuchara de plata o de estaño se pondría negra o parda, caso de haber setas venenosas. Esta prueba de la cuchara no demuestra semejante cosa, sino tan sólo que hay setas en descomposición, en las que la putrefacción ha producido el desarrollo de hidrógeno sulfurado a expensas de las sustancias albuminoideas. La amanita phalloides y la muscaria (antes citada como venenosa), cuando están frescas,

SIGUE A LA PAGINA XX



Laboratorios

abello

SANOCAL

OROSANIL

SANOCAL
Tiosulfato de Calcio químicamente puro
Calcioterapia intravenosa
Dosis Máxima de Calcio puro inyectada hasta hoy
DOSIFICACION:
0'05, 0'10, 0'25, 0'50, 1 gr., 1'50 y 2 gr.
Recalcificante en general: Raquitismo, Osteomalacia, TUBERCULOSIS, etc.
Hemostático Hemorragias espontáneas, quirúrgicas y traumáticas, Hemoptisis, Hematemesis Hemorragias "post-partum", etcétera.
Diurético y Deshidratante: Edemas, Pleuresias serosas, hemorrágicas, Ascitis, etc.

OROSANIL
Quimioterapia áurica intravenosa
TUBERCULOSIS
DOSIFICADO EN AMPOLLAS DE
0'01, 0'025, 0'05, 0'10, 0'15 0'25, 0'50, 0'75 y 1 gr.
Preparado por
D. JUAN ABELLO PASCUAL
Químico-Farmacéutico
en su Laboratorio Vinater, 5 Prosperidad-MADRID
Se 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

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.^{as}, 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

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA

NÉO-RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

Solución acuosa de yodo.
Orgánico inyectable



44 % de yodo

En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

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

Lenta y duradera

POR LA

RIODINE

Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.

Compuesto químicamente
definido y estable

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

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



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

Laboratorios P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanch. — PARIS (16^e) (Francia)

Sucursal en España: 129, calle del Bruch. — BARCELONA

S

a

l

i

c

i

t

i

r

o

Salicitiro

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

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.
Aumenta la eficacia salicilica.
Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRÓNICO, etc.

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





Ayuntamiento de Madrid

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Nistagmus, restos de la membrana pupilar, degeneración pigmentaria de la retina y amaurosis de origen congénito en ambos ojos, por los Dres. Manuel Marín Amat y Manuel Marín Enciso.—Aportación clínica al estudio de la aortitis abdominal desde el punto de vista quirúrgico, por el Dr. G. Durán.—Sobre la morfogénesis de los capilares cutáneos del hombre y la significación clínica de la detección de su desarrollo, por el Dr. Liebeny.—Sesiones clínicas.—Notas rurales: La vacuna antitífica evita la gravedad de la gripe.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Nistagmus, restos de la membrana pupilar, degeneración pigmentaria de la retina y amaurosis de origen congénito en ambos ojos.

POR LOS

DRES. MANUEL MARÍN AMAT

Y

MANUEL MARÍN ENCISO

De Madrid.

Las anomalías congénitas del aparato de la visión, que son, por desgracia, tan relativamente frecuentes e incurables la mayor parte de ellas, cautivan, sin embargo, de tal modo nuestro espíritu, que siempre nos llevan a explorarlas y estudiarlas con todo detenimiento, al objeto de poner remedio las veces que podemos (colobomas parpebrales, epicantus, angiomas, neuroma plexiforme, quistes, etc.) o de contribuir con nuestro grano de arena al mejor conocimiento de las mismas cuando otro recurso no nos queda.

Uno de nosotros (Dr. Marín Amat), fieles a estos principios, hemos dado a conocer cuantas observaciones interesantes se nos han presentado en nuestra práctica, ascendiendo a 11 los trabajos que hemos publicado sobre el particular.

Y si se repasa la casuística sobre afecciones oculares congénitas, pronto se echa de ver la frecuente asociación de varias de ellas, siendo casi excepcional que aparezcan aisladamente. El caso que presentamos ofrece una buena riqueza de estas anomalías congénitas oculares, motivo por el que lo sometemos a la consideración de esta Academia. Además de no aparecer a un simple examen una perfecta correlación entre los síntomas objetivos y los funcionales, como en seguida veremos.

Observación.—Rufina C., de veinte años, soltera, natural de Torreadrada (Segovia). Nos fué enviada por uno de los médicos más ilustres de esta corte el

día 6 de Noviembre próximo pasado, por si sus defectos oculares pudiesen tener algún remedio.

Los antecedentes familiares son completamente negativos. Y en cuanto a los personales carecen de interés, excepción hecha de la declaración de la interesada y de una hermana que la conduce, de no haber visto nunca y que sólo percibe débilmente la luz. La paciente es de talla baja, delgada y de aparente buena salud.

Exploración ocular.—Visión = 0 en ambos ojos. Nistagmus doble de grandes y lentas sacudidas horizontales. Pupilas un poco dilatadas y reaccionando bien a la acción de la luz. Presencia de un sector del mismo tejido del iris y de igual coloración que el resto, que se extiende desde la cara anterior de la membrana iriana a la altura del círculo arterial menor de la misma, hasta el polo anterior del cristalino en el ojo izquierdo. La situación de dicho sector iriano es superoexterno, extendiéndose desde el radio de la una y media horas hasta el de las tres horas. La forma de este anómalo sector es de un triángulo isósceles de base excéntrica y se ve que está constituido por cinco trabéculas que terminan fusionándose en la parte central de la cara anterior del cristalino. Además, en la cristaloideas anterior del mismo ojo izquierdo existen multitud de pequeños puntos de pigmento, entre los que se destacan tres muy perceptibles montones, uno por encima y dos por debajo del sitio de implantación del sector e que hemos hecho referencia y en pleno campo pupilar, estando la pupila en su dilatación ordinaria (véase la figura 1.^a).

En el ojo derecho se observan dos finas trabéculas de tejido iriano y con idéntica coloración, que van desde el círculo arterial menor en plena cara anterior al centro del cristalino, y adoptan igualmente que en el ojo izquierdo, la disposición de un triángulo isósceles de base excéntrica. Su situación corresponde, casi exactamente, al radio de las doce horas. Diseminados sobre la cristaloideas anterior se encuentran varios montones de gránulos pigmen-

rios de distribución irregular (véase la fig. 1.^a), siendo en número de cinco los de mayor volumen.

La coloración de ambos iris, de las trabéculas anormales y de los depósitos sobre la cristaloides anterior es la misma en todos ellos y de castaño claro.

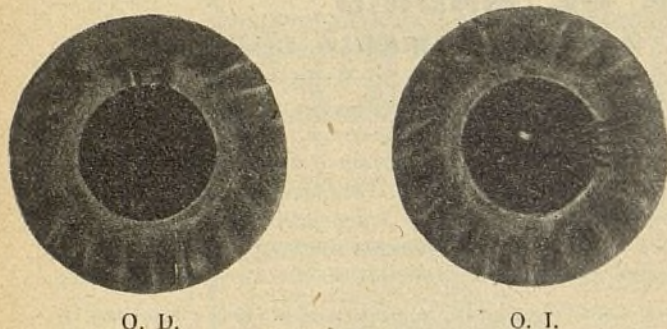


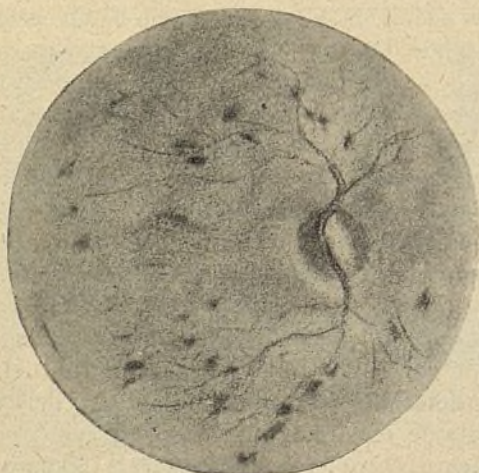
Figura 1.^a

terior es la misma en todos ellos y de castaño claro.

En la dilatación atropínica los sectores anormales del iris se estiran, pero no se rompen. El cristalino y el vítreo están perfectamente transparentes en ambos ojos, y por esquiocopia se comprueba un astigmatismo hipermetrópico inverso, alrededor de una dioptría en los dos.

Por oftalmoscopia se observa una degeneración pigmentaria típica de toda la retina en ambos ojos, a pesar de lo que el aspecto de la papila en sus dimensiones, límites, relieve, coloración y vasos es de apariencia normal (véase la fig. 2.^a).

Exámenes complementarios.—El análisis cuanti-



O. I.

Figura 2.^a

tativo de orina demostró únicamente un exceso de cloruros (17,5 gramos por litro en vez de 7 a 10, cifra normal) y la presencia de indican y de escatol.

Las reacciones de Wassermann, de Kahn y de Meinicke negativas las tres.

COMENTARIOS

Muy pocos, por desgracia, para beneficio de la interesada, pero algunos desde el punto de vista teórico.

Es innegable que esta observación ofrece la per-

sistencia de restos de la membrana pupilar fetal o membrana de Wachendorff en ambos ojos, y en este sentido debemos interpretar el sector de iris anormal en el ojo izquierdo, las dos trabéculas del ojo derecho y los acúmulos pigmentarios en la cristaloides anterior, de los que Schleich y Franke fueron los primeros en interpretar.

En modo alguno pueden considerarse estas formaciones anormales como sinequias posteriores o restos de estas mismas adherencias, porque de una parte el sitio de arranque no es ni el esfínter pupilar ni la cara posterior del iris, sino en plena cara anterior de esta membrana. Además, ni se observa la más tenue sinequia, ni el iris ofrece el aspecto atrófico de hoja seca consecutivo a las inflamaciones congénitas o adquiridas.

De ordinario, la persistencia, en mayor o menor grado de la membrana pupilar, es monolateral y suele ir asociada a otras malformaciones de la úvea (aniridia, coloboma del iris o de la coroides, polioria, etc.) o de su dependencia mediata (catarata zonular).

En este caso la anomalía del iris es doble y se asocia a un estado de degeneración pigmentaria de la retina en ambos ojos, que al fin y al cabo ambas afecciones son las verdaderas y primitivas anomalías, puesto que la amaurosis y el nistagmus son consecutivas a la desorganización anatómica del tejido retiniano.

Más frecuentemente aún existen filamentos o pequeños depósitos pigmentarios en el campo pupilar, sin ninguna otra perturbación anatómica o funcional, y sólo son denunciados o por una exploración de los medios refringentes del ojo, o con motivo de un examen de refracción, al mirar por el agujero estenopeico.

De todos modos, la estructura anatómica de estos sectores anómalos de iris es la misma que la de esta membrana en su parte mesodérmica: vasos sanguíneos, estroma y pigmento, como Mawas y Terrien han demostrado, y como no podía menos de suceder dado su aspecto idéntico al iris y su gran elasticidad. De ser formaciones cicatrizales su aspecto sería completamente diferente.

El mecanismo, en virtud del cual desaparece la membrana pupilar, es interpretado de distinto modo por los autores, pues mientras Michel atribuye esta reabsorción a la formación de plegaduras en las porciones más excéntricas del iris y, por tanto, por *tracción*, la mayor parte (y entre ellos Cosmettatos) lo relaciona con la *cesación de una función nutritiva*, al terminar el desarrollo fetal del cristalino, puesto que dicha membrana no es otra cosa, al igual que la membrana capsular y la capsulopupilar, que una formación vascular para asegurar la nutrición del cristalino durante su evolución, siendo la última en desaparecer de dichas tres formaciones vasculares y cuya reabsorción ha terminado en el momento del nacimiento.

Ahora bien; ¿por qué muchas veces persiste en

Para
TODOS

niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA

„CIBA“

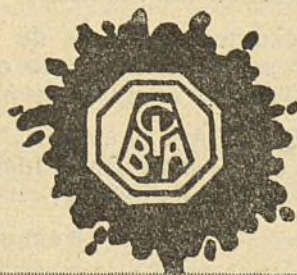
Tónico cardíaco y respiratorio

En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO
EFICAZ

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 - Barcelona - Apartado 744



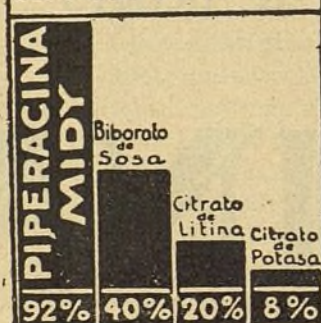
PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

“El más rico en principio activo.”



Solubilidad comparada
del Acido Urico en:



MUESTRA Laboratorios Midy.

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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

4, rue du Colonel Moll, PARIS

EN EPILEPSIA ES ALGO DEFINITIVO EL TRATAMIENTO CON **LAUREAL** PELLETIER

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

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

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

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

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

PIDAN MUESTRAS Y LITERATURA:

LABORATORIO PELLETIER.—Apartado de Correos 200.—MADRID

Teléfonos 40.331 y 54.760.

Ayuntamiento de Madrid

mayor o menor parte esta formación intrauterina? La explicación se daría con arreglo a la teoría de Michel admitiendo una mayor densidad y resistencia de algunas de estas trabéculas. También pudiera invocarse, de acuerdo con la teoría nutritiva, una mayor vascularización que de ordinario. Y, por último, pudiera hasta pensarse en una acción mixta.

También podría admitirse, según Von Hippel, una proliferación atípica del tejido conjuntivo, debida a un proceso inflamatorio fetal, para explicar la persistencia de la adherencia de restos de la membrana pupilar a la cristaloides anterior, aunque para Van Duyse este proceso adhesivo embrionario puede tener lugar sin inflamación.

Y con respecto a la degeneración pigmentaria de la retina, es sabido desde los trabajos de Leber (1865 y 1871), que es afección congénita la mayoría de las veces, aunque sus síntomas no se denuncien hasta los diez o doce años y en ocasiones más tarde.

Sin embargo, en este caso la desorganización de la retina y la amaurosis deben datar desde el nacimiento, a juzgar por los datos que podemos recoger. Ahora bien; existe, al menos en apariencia, una falta de correlación entre el estado oftalmoscópico de la retina y la amaurosis, de una parte, y de otra el de los vasos de la retina y la papila de apariencia normales, como hemos indicado al ocuparnos del fondo del ojo de la enferma. Y es que, en los casos corrientes, el estado atrófico de las capas externas de la retina y de la coriocalpilar de la coroides corre parejas con una atrofia semejante de las capas internas de la retina, de la papila y de los vasos retinianos; siendo en los casos finales, de ceguera total, el aspecto del fondo del ojo en extremo característico: coloración gris amarillenta de la retina, con pigmentación discreta en casi su totalidad y papila pequeña, atrófica, amarillenta (atrofia cérea), con los vasos filiformes y que se hacen imperceptibles después de un muy corto trayecto.

Pero si se interroga a la anatomía patológica y a la patogenia de la afección, bien pronto se disipa esta aparente disconformidad de nuestra observación. Las alteraciones retinianas consisten en un triple proceso: de esclerosis progresiva de los vasos, de atrofia de los elementos nerviosos y de infiltración pigmentaria.

De ordinario, estas alteraciones comienzan por la atrofia de la coriocalpilar de la coroides, a la que sigue la de los elementos de las capas externas de la retina nutridas por aquélla: pigmentaria, de los conos y bastones y la de los granos externos o células visuales, con la correspondiente emigración del pigmento libre o de células pigmentarias que han sobrevivido a la falta de nutrición; es decir, que se trata de alteraciones del riego sanguíneo en el sistema vascular de las arterias ciliares (posteriores cortas, posteriores largas y ciliares anteriores, estas dos últimas formando el círculo arterial mayor del iris, del que arrancan en dirección hacia atrás las arterias recurrentes de Leber, que contribuyen, en parte, a la amplia irrigación sanguínea de la coroides). Concomitan-

temente o poco después, el sistema vascular de la retina sufre igual proceso de esclerosis progresiva, con lo que las capas internas de la misma (granos internos, plexiforme interna, ganglionar y de las fibras nerviosas) y la papila acaban también por sufrir la atrofia total.

Pues bien; este proceso de esclerosis vascular de los sistemas ciliares y retiniano que de ordinario marchan casi a la par, en este caso no ha tenido lugar. Ha habido una completa o casi completa disociación. Las alteraciones vasculares del sistema ciliar han llegado hasta el final y, en cambio, no han tenido lugar o han sido mínimas las que debieron realizarse en el sistema vascular retiniano. Y como la función visual receptora reside, según todas las conjeturas, en las células visuales de Cajal (granos externos) y sus prolongaciones externas (conos y bastones), de ahí que pueda darse el caso de una amaurosis total, coincidiendo con una integridad absoluta o relativa de las capas internas de la retina y de la papila, que, en resumen, no son otra cosa que elementos de conducción de la corriente visual. Además, esto está de conformidad con el hecho de poseer la enferma alguna percepción de luz y de la persistencia del reflejo fotomotor de la pupila, porque indica la conservación de alguna que otra célula visual con conducción centripeta expedita.

Bibliografía.

Dr. Von Hippel: «Membrana pupillaris persistens corneæ adhærens» *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, año 1906, pág. 295.

Dr. Enrique Epalza: «Restos de la membrana pupilar». *Archivos de Oftalmología Hispano Americanos*, año 1912, página 438.

Dr. Stahli: «La persistencia de restos de la membrana pupilar fetal». *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, año 1915, pág. 205.

Dr. Prevedi: «Sur un aspect special de reliquats de la membrane pupillaire». *Annales D'Oculistique*, año 1922, página 782.

Dres. Mawas et Terrieu: «Etude histologique d'un cas de membrane pupillaire persistante». *Annales D'Oculistique*, año 1922, pág. 906.

Dr. Fragassi: «Un cas de membrane pupillaire persistente bilaterale a developpement exceptionnel». *Annales D'Oculistique*, año 1924, pág. 852.

Dr. A. Kreiker: «Contribución al estudio de la retrogradación extrauterina de la membrana pupilar persistente». *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos*, año 1925, pág. 519.

Dr. Koellner: «Membrane pupillaire persistante avec pulsation des vaisseaux». *Annales D'Oculistique*, año 1921, página 317.

Dr. Colliw: «Sur une forme inusitée de membrane pupillaire persistante». *La Clinique Ophthalmologique*, año 1924, pág. 631.

Dr. Keiber: «Régression extrautérine de la membrane pupillaire persistante». *Annales D'Oculistique*, año 1927, página 304.

Dr. Hirschberg: «Sur la régression lente de la membrane pupillaire persistante». *Archives D'Ophthalmologie*, año 1906, pág. 730.

Dr. Terrieu: «Cataractes congenitales et vestiges de la membrane pupillaire». *Archives D'Ophthalmologie*, año 1914, pág. 230.

Dr. Oufray: «Reliquats de membrane pupillaire adherents a la cornée». *Archives D'Ophthalmologie*, año 1915, página 829.

Dr. Van Duyse: «Encyclopédie Française D'Ophthalmologie», tomo II, pág. 376.

Dr. G. F. Cosmettatos: «Recherches sur le developpement de la membrane pupillaire chez l'homme». *Archives D'Ophthalmologie*, año 1910, pág. 480.

Dres. Dufour y Gonin: «Encyclopedie Française D'Ophthalmologie, tome VI, pág. 896.

Aportación clínica al estudio de la aortitis abdominal desde el punto de vista quirúrgico

POR EL

DOCTOR G. DURÁN

Médico militar y de la Beneficencia municipal.

El diagnóstico correcto de un síndrome abdominal doloroso es siempre un problema que envuelve serias dificultades en la práctica. La localización, caracteres, irradiación del dolor, así como los trastornos viscerales concomitantes y las investigaciones de laboratorio, pueden no ser bastante para enjuiciar debidamente el cuadro clínico: tan confuso se presenta a veces.

Pues bien, en estos últimos tiempos se ha fijado la atención en un complejo abdominal doloroso, del mayor interés para el práctico puesto que puede simular todas las afecciones ventrales dolorosas. La observación reciente de algunos casos nos sugiere el trabajo que publicamos a continuación:

A las muchas dificultades que en Clínica se presentan al cirujano para plantear correctamente un diagnóstico de patologismo abdominal, se añaden en época reciente otros factores, muy complejos por cierto, debido al aislamiento y diferenciación de nuevos síndromes que vienen a enriquecer la lista, demasado larga ya, de afecciones quirúrgicas abdominales.

Realmente, los síndromes vasculares ventrales no habían ocupado grandemente la atención de los cirujanos. Si se exceptúan las lesiones traumáticas, las trombosis mesentéricas y los aneurismas de los grandes vasos (aorta e ilíacas), las demás enfermedades vasculares quirúrgicas apenas ocupaban algunas líneas en los tratados clásicos.

Pero en época relativamente reciente se inicia una revisión en la patología de aorta caudal, especialmente bajo el influjo preponderante que en Clínica médica adquirieron las aortitis torácicas; y en efecto, se ha visto que las aortitis caudales eran en Clínica mucho más frecuentes de lo que se suponían, y asimismo, la cirugía de la aorta abdominal, apenas iniciada hace algunos años, adquiere prontamente el puesto que le corresponde dentro del gran capítulo de la Cirugía abdominal.

Las afecciones propiamente quirúrgicas de la aorta, o por lo menos las que son susceptibles de un tratamiento operatorio más o menos eficaz, se reducen

realmente a tres: los traumatismos, los aneurismas y las trombosis, o más exactamente las tromboembolias del espolón ilíaco.

Mas existe una afección estrictamente médica, o que se encuentra en los linderos de la cirugía, que es para el cirujano de un interés primordial por las arduas cuestiones de diagnóstico diferencial que plantea al querer enjuiciar correctamente un síndrome doloroso abdominal: nos referimos a la genuina aortitis abdominal. Evidentemente se comprende que es una afección del dominio del internista, pero que interesa al cirujano desde un doble punto de vista: primero, como elemento diagnóstico a discutir con multitud de complejos abdominales de naturaleza quirúrgica (ulcus, litiasis, espondilitis, etc.), y luego, porque suele ser un primer estadio de una afección aórtica genuinamente quirúrgica: los aneurismas.

Es por ello por lo que nos hemos decidido hacer unas pocas consideraciones acerca del diagnóstico de las aortitis caudales con especial aplicación al diagnóstico quirúrgico, sugeridas por unos casos recientes que tuvimos ocasión de estudiar y que fueron diagnosticados reiteradamente de procesos quirúrgicos.

I. N. C., de treinta y seis años, natural de Piedrahita (Ávila). Antecedentes familiares: Padre muerto de gastropatía probablemente cancerosa; madre reumática inveterada con reumatismo deformante. Antecedentes personales: Enfermedades propias de la infancia, difteria con parálisis de velo que cedió a sueroterapia. A los veinticuatro años ataque de reumatismo poliarticular agudo, quedando después con fenómenos disistólicos que eran compatibles con una vida regularmente activa.

Antecedentes de la enfermedad actual: Hace dos años siente molestias caracterizadas por dolores epigástricos que se presentan inmediatamente o con más frecuencia algunas horas después de las comidas y que se irradian en cinturón a espalda y fosas ilíacas. Es diagnosticado sucesivamente de litiasis renal, úlcera gástrica, colecistitis, apendicitis, etc., y desde luego considerando urgente un tratamiento quirúrgico.

Se trata de un enfermo medianamente nutrido, tinte pálido, soplo diastólico rudo en foco aórtico, área cardíaca aumentada hacia abajo y a la izquierda. Tensión al Vaquez Laubry, 14-7. Por radioscopia se observa cayado aórtico y ventrículo izquierdo aumentados. En región epigástrica latido aórtico muy perceptible, palpando una aorta dura con pulsación violenta y muy sensible a la presión. Se explora el signo de Hill y Flach resultando positivo.

Hacemos un diagnóstico de insuficiencia aórtica compensada, con aortitis generalizada, torácica y abdominal.

Esta lesión es capaz de explicar por sí sola toda la sintomatología del enfermo. Aunque la posible existencia de una aortitis abdominal no excluye, como se comprende, la coexistencia de lesiones digestivas; sobre todo, el tipo del dolor pudiera corresponder a una

úlceras gástricas, y hasta es posible que los especialistas que hicieron este diagnóstico encontraran una hiperclorhidria por excitación vagal y mínimas hemorragias gástricas por rotura de pequeños vasos, según demostró plenamente Laubry.

II. R. M., de sesenta y ocho años, natural de Sigüenza (Guadalajara), sin antecedentes de importancia. Como antecedentes de su enfermedad refiere que desde hace unos tres años nota dolores torácicos acompañados de tos con abundante expectoración y disnea a los esfuerzos. Asimismo, desde hace un año, anorexia, enflaquecimiento, tendencia a estreñimiento y, sobre todo, un dolorimiento en zona supraumbilical que se irradia a flancos y fosas ilíacas. Al propio tiempo fenómenos de claudicación de miembros inferiores.

Por exploración cardiovascular se constata: apagamiento de tonos cardíacos con soplo diastólico en foco mitral. Tensión Vaquez-Lauby, 20-11. Pulmones con fenómenos congestivos en bases, hígado palpable lo mismo que bazo. Análisis de jugo de hipo-clorhidria, pero sin ácido láctico ni sangre. La palpación de aorta (difícil por la sobrecarga grasienta de la enferma) resulta dolorosa y dura, incluso ambas ilíacas. Signo de Hill y Flach positivo. Poliuria, 2.500 c. c. Nicturia, densidad, 1.005 con indicios de albúmina.

Se trata también muy probablemente de una enferma con un síndrome cardioarteriorrenal, esto es, con una esclerosis cardiovascular generalizada, pero con un síndrome dominante de aortitis caudal.

III. D. M., de treinta y seis años, natural de Ciudad Real. Antecedentes hereditarios sin importancia.

Antecedentes personales: Enfermedades propias de la infancia. Paludismo tipo terciario con abscesos febriles que duran un mes, cediendo a una medicación específica sin que hubiera recidivas. A los catorce años, artropatía de cadera izquierda, que al principio consideran como un reumatismo, y luego diagnostican de coxalgia, que cura con anquilosis a los dos años. Más tarde un ataque de gripe de forma intestinal con fiebre alta, diarrea y postración (¿tifus?). En convalecencia de este episodio intestinal nota dolores en costado izquierdo que duran varios días, desapareciendo espontáneamente, para volver de nuevo con cierta regularidad y convertirse más tarde en continuos, si bien menos intensos. Sufre catarros frecuentes con fiebre alta que exacerban los dolores de costado. Los trastornos intestinales toman el tipo de colitis mucomembranosa (crisis dolorosas con diarrea y expulsión de membranas de moco) y el dolor de costado persiste, sufriendo a temporadas agravaciones que le retienen en cama temporadas de varios meses.

Antecedentes de enfermedad actual: Desde hace más de dos años presenta crisis dolorosas abdomino-torácicas; estas crisis están constituidas por dolores epigástricos atroces, que se presentan dos o tres horas después de la ingestión de alimentos y particu-

larmente cuando hace esfuerzos corporales un poco violentos. Se irradian en cinturón alrededor del talle, remontando hacia el tórax hasta las escápulas; asimismo se presenta un meteorismo que le obliga a aflojarse la ropa. Estos dolores de tipo constrictivo se acompañan de una angustia penosa, y el enfermo trata de buscar una posición que alivie sus molestias; parece que el decúbito ventral es el que más le beneficia. La duración de estas crisis es variable: duran de media hora hasta dos y tres, y luego van terminando de modo insensible con vómitos alimenticios, o bien regurgitaciones de jugo gástrico amargo. Desde hace algún tiempo las crisis dolorosas sobrevienen espontáneamente, sin causa ocasional aparente; no tienen horario fijo; se producen a cualquier hora del día; sin embargo, los esfuerzos y períodos digestivos las provocan casi constantemente. Asimismo las crisis se repiten a intervalos variables, y su frecuencia, así como su intensidad, aumentan con el tiempo, mientras que al principio se presentaban una vez al mes; luego se presentan casi todas las semanas.

Durante el intervalo de las crisis no existe ningún fenómeno morboso, como no sea una sensación permanente de tensión dolorosa en el epigastrio; aparte de esto, hemos de indicar que el enfermo refiere un síndrome típico de claudicación intermitente arterial de miembros inferiores, así como trastornos circulatorios en antebrazo que alguien diagnosticó de neuritis.

Los trastornos subjetivos de otros aparatos que refiere el enfermo son: Respiratorio: tos seca, excepto por la mañana, que se acompaña de moderada expectoración; muy frecuentes dolores de costado izquierdo. Circulatorio: edemas maleolares consecutivos a ejercicios violentos, disnea y fatiga al subir escaleras y cuestas. Digestivo: anorexia, vómitos y náuseas con restos de comida; nunca sangre; regurgitaciones ácidas por las mañanas. Estreñimiento pertinaz, que vence con laxantes; deposiciones duras, fétidas y con mucho moco. Dolorimiento difuso de vientre, pero más acentuado en flanco derecho. Urinario: orinas turbias y que precipitan con abundante sedimento; en algunas ocasiones, orinas encendidas, sobre todo después de crisis dolorosa de tipo al parecer renal, con irradiaciones a cintura y bajo tórax. Nervioso: hormigueos y sensación de adormecimiento y acorchamiento de antebrazo y brazos; estas parestesias sobrevienen por temporadas, que alternan con otras exentas de todo trastorno sensible. Calambres dolorosos en ambas piernas con el ejercicio y aun en reposo.

Exploración: Enfermo con estado de nutrición deficiente y de aspecto pálido y con expresión fisonómica de sufrimiento.

Iniciamos la exploración por epigastrio, dado que el enfermo refiere sus molestias directamente a esta región. Por inspección se aprecia un vientre de paredes flácidas, tipo batracio. En epigastrio se aprecian pulsaciones de aorta que reproducen el clásico aneurisma de los estudiantes. Palpación demuestra: aorta

dura con fuerte pulsación y dolorosa a la presión; igualmente se pueden palpar ambas ilíacas. Sensibilidad difusa en estómago, particularmente en punto epigástrico. Bazo no es perceptible, pero hay un punto esplénico en el octavo espacio. A la derecha, el hígado rebasa dos traveses de dedo el reborde costal; la región vesicular no es dolorosa. Intestino parece normal, excepto ligera sensibilidad en fosa ilíaca izquierda. Riñones no son apreciables a palpación, ni hay punto doloroso. En corazón se perciben tonos cardíacos apagados, Tensión máxima, 12; mínima, 6. Índice oscilométrico, 3. Explorada tensión en miembros inferiores y superiores, sujeto en posición horizontal da una diferencia de 4 centímetros de mercurio en los primeros. Presenta, pues, un signo de Hill y Flach fuertemente positivo. Radioscopia en posición frontal da: arco aórtico y ventrículo izquierdo aumentados.

El examen de los demás aparatos es negativo. Los pulmones están sanos. El sistema nervioso está indemne. Reflejos tendinosos son normales. Reflejos pupilares están enteramente conservados. Temperaturas vespertinas de $37^{\circ},5$ a $37^{\circ},8$; el enfermo añade que ha tenido épocas de febrícula que coincidían con la agravación de sus trastornos intestinales.

Exámenes complementarios practicados: Sangre con hipogloburia y linfocitosis relativa. Hemocultivo negativo. Wassermann y Meinicke negativas. Jugo gástrico, hiperclorhidria discreta de 2,4. Orina, hematíes e indicios de albúmina. Líquido cefalorraquídeo y radiografía de espinaza normales.

Los problemas que nos plantea este caso y otros análogos son realmente muy complejos. Por ser difícil catalogar trastornos, al parecer conexos, en un cuadro nosológico diferenciado y concreto. Ante todo hemos de eliminar un trastorno nervioso, como son las crisis gástricas de la tabes, y esto podemos hacerlo, no sólo por los caracteres clínicos del acceso (rareza de vómitos, ausencia de astenia), sino sobre todo por la ausencia completa de todo signo de tabes, que de propósito buscamos con el mayor cuidado.

Asimismo hemos de desechar la posibilidad de un síndrome neuralgiforme de origen espinal por mal de Pott. Es sabido que algunos pótticos inician su enfermedad por un cuadro abdominal doloroso que responde al tipo de las radiculitis o neuritis por compresión, las más veces meníngeas, a nivel de agujeros de conjunción. Pues bien, aunque radiografías seriadas que se han hecho no han demostrado lesión vertebral evidente, la posibilidad de un mal de Pott ha parecido tan verosímil a un distinguido cirujano, que recomendó el uso de un corsé enyesado, que el enfermo llevó más de seis meses, naturalmente sin obtener resultado alguno. Ya se comprende por las mismas razones expuestas que pueden confundirse las crisis de aortitis con genuinos cólicos renales, tanto más si pensamos que el enfermo hace referencia a eliminación de orinas encendidas después de las cri-

sis, con poso que precipitaba al poco rato de eliminación; y el análisis demuestra hematíes e indicios de albúmina. Para eliminar esta hipótesis recurrimos a radiografías y análisis reiterados de orina, que nos convencieron de que el precipitado es de fosfatos, y en cuanto a los hematíes, veremos después que tienen una patogenia más compleja. Asimismo hemos de añadir que el resto de la exploración renal ha sido totalmente negativa.

Pero son las afecciones de las vías digestivas las que embrollan más el diagnóstico de aortitis caudal. Efectivamente, puede simular todos los patologismos digestivos posibles; en nuestro enfermo un reputado especialista formuló el diagnóstico de crisis gastrálicas por úlcus gástrico, sometiéndole al plan dietético medicamentoso consiguiente, y desde luego sin resultado alguno.

Veamos, pues, cómo podemos eliminar con cierta garantía el diagnóstico de proceso genuinamente digestivo.

Ante todo, ¿se trata de una litiasis biliar? Existe, efectivamente, una forma anginosa del cólico hepático cuyos síntomas dolorosos epigástricos y torácicos, acompañados de angustia, recuerdan bastante exactamente las crisis dolorosas de nuestro enfermo. No podemos discutir aquí el mecanismo íntimo de esta forma anginoide de la colecistitis, pero verosíblemente se trata de esas vesículas dolorosas, no calculosas, con tendencia al espasmo, acompañadas de estado de hipertensión, en pletóricos, que hoy llaman los internistas los pseudocólicos de los hipertensos. Por lo demás, los trastornos dispépticos de tipo hiperclorhídrico que presentaba el enfermo reforzaban las sospechas de afección biliar. No obstante, en contra hablan los siguientes hechos: no hay una relación evidente entre los accesos dolorosos y las comidas; los trastornos digestivos concomitantes son escasos, así como los vómitos; no hay ictericia después de las crisis, y la vesícula biliar no es sensible. Por tanto, no hay realmente ningún signo positivo de valor que permita enjuiciar al enfermo como un hepático. Hay que añadir que la investigación de pigmentos en orina y de bilirrubina en sangre ha sido negativa.

Quizás resulta más difícil eliminar el diagnóstico de una afección estomacal, y aquí podíamos decir que está el caballo de batalla del diagnóstico de las aortitis, y aun puede asegurarse que muchos casos de esta afección hasta hace poco han sido etiquetados con uno de estos diagnósticos: úlcus gastroduodenal o cáncer de estómago.

Y es que, evidentemente, una úlcera gástrica o duodenal puede originar genuinas crisis gástricas dolorosas acompañadas de la angustia propia de los estados anginosos, y por otro lado se sabe hoy que el cuadro de la aortitis caudal puede remedar perfectamente el síndrome de una úlcera gástrica o duodenal con sus regurgitaciones ácidas, sus vómitos e incluso sus hematemesis y sus melenas, y este último signo sí que puede embrollar particularmente el diagnóstico diferencial entre ateroma abdominal y la

genuina úlcera gastroduodenal. Hay que advertir que no se trata de hemorragias mínimas las que podemos observar en las aortitis de forma pseudoulcerosa.

En uno de los varios análisis del contenido gástrico que nos presenta el enfermo se hace constar que las reacciones de sangre son positivas, aunque luego nosotros en nuestro examen no lo hemos constatado. Es, sin duda, interesante el explicar cómo pueden producirse estas pequeñas hemorragias en la aortitis: se ha supuesto que se trata, o bien de roturas de pequeños aneurismas arteriales en un sujeto con arteromatosis del estómago, o bien que las crisis de hipertensión producen roturas de vasos frágiles del estómago, produciéndose hemorragias mínimas.

Pero cualquiera que sea el mecanismo de estas hemorragias, lo que nos interesa notar es que pudimos eliminar el diagnóstico de posible úlcera atendiendo a esto: que los accesos dolorosos no tienen una relación manifiesta con la alimentación y la digestión; que no se acompañaban de náuseas y vómitos, sino excepcionalmente que sobreviene el proceso ulceroso activo en sujetos particularmente jóvenes; que en los intervalos entre las crisis existen trastornos dispépticos que son más o menos modificables por el régimen y la medicación alcalina. Ahora bien, nosotros hemos visto cómo esto no ocurre en nuestro enfermo.

En cuanto al cáncer de estómago constituye una posibilidad diagnóstica verosímil en las personas de cierta edad. Pero refiriéndonos a nuestro caso, diremos que hablan en contra de epiteloma gástrico la edad relativamente joven del enfermo, la historia larga del proceso y, sobre todo, que el carcinoma es de ordinario menos doloroso y se acompaña precozmente de anorexia, dispepsia, anemia, caquexia, etcétera, signos que están casi totalmente ausentes en nuestro enfermo.

Por fin, es preciso añadir en este camino del diagnóstico diferencial que la aortitis abdominal no sólo puede simular una gastropatía ulcerosa o epiteliomatosa, así como los cólicos renales y hepáticos, sino que también pueden presentarse al clínico con el cuadro de un cólico de tipo intestinal. Hay, en efecto, una angina entérica, superponible a la angina epigástrica y pectoral; en este caso el dolor y los trastornos concomitantes son todavía menos característicos para poder enjuiciar correctamente el caso.

Para el cirujano tiene un particular interés retener el hecho de que la aortitis abdominal puede realmente presentarse con el cuadro de un abdomen agudo o crónico, y que puede simular muchas veces un gran número de enfermedades del estómago, hígado e intestino.

¿Cómo podemos en Clínica fundamentar el diagnóstico muy probable de aortitis abdominal? Refiriéndonos a nuestro caso, veamos cómo nosotros llegamos a establecer dicho diagnóstico, trayendo, por tanto, al campo puramente médico una afección que hasta entonces se estaba tratando como proceso qui-

rúrgico, sin beneficio como se comprende para el enfermo.

Lo primero que nos parece debe pensar el clínico es que los trastornos abdominales que presenta el enfermo, y que no encajan en ninguno de los procesos clásicamente aislados, son o pueden referirse a trastornos vasculares.

En presencia de dolores tan netamente constrictivos y angustiosos, irradiando hacia el tórax y aun hasta hombro y brazos, se puede pensar evidentemente en una angina de pecho, pero la iniciación e irradiación del dolor no responden al tipo clásico de angor pectoris, y, sobre todo, los trastornos vasculares de déficit en forma de claudicación predominan o existen casi exclusivamente en miembros inferiores. Aparte esto, hay que añadir que las crisis de nuestros enfermos aparecen con frecuencia al esfuerzo de deambulación, son netamente abdominales, mucho más largas y van acompañadas de una violenta agitación: en oposición a las crisis espontáneas evidentemente torácicas, breves e inmovilizantes propias del angor pectoris.

Una vez orientado el diagnóstico en sentido vascular, veamos los signos que nos permiten sentar la posibilidad de una aortitis caudal:

1.º Los dolores que sobrevienen por accesos, particularmente después de esfuerzos corporales de marcha o bien durante el acmé de la digestión. Reproducen en algunos casos el cuadro de la angina abdominal de Huchard. Pero es todavía más característico de la aortitis el dolor que aparece espontáneamente en forma de crisis gastrálgicas o enterálgicas; afecta el tipo de un dolor en quemadura, extremadamente violento, con sensación de constricción y con irradiaciones al tórax, lomos y miembros inferiores. Durante las crisis el sujeto está pálido y angustioso, pero no inmóvil, sino que adopta las actitudes más extrañas para buscar alivio a su dolor.

Durante el intervalo de las crisis se demuestra dolor en todo el trayecto de la aorta abdominal y aun en las ilíacas primitivas. Sin embargo, hay que hacer una salvedad, y es interpretar correctamente el dolor a punta de dedo, que puede constatare a nivel del plexo celial en gastropatías y enfermos neurópatas y aun en sujetos sanos. Este punto epigástrico no tiene valor diagnóstico, puesto que para que le demos valor ha de tratarse de un dolor en todo el segmento de la aorta abdominal, de tal modo que la demostración de una aorta abdominal, sensible dolorosa a la palpación profunda, es uno de los signos más probables de aortitis abdominal.

2.º Ensanchamiento y endurecimiento de la aorta abdominal, reconocibles por palpación. Efectivamente, siempre que por la palpación profunda se demuestre que la aorta está aumentada transversalmente y está dura, sobre todo si se aprecia una pérdida de elasticidad segmentaria, la probabilidad de una aortitis caudal es muy grande. Realmente la aorta puede encontrarse a la vez ensanchada y alargada, y, en consecuencia, puede apreciarse que está encorvada

con la convexidad dirigida hacia adelante o con más frecuencia hacia la izquierda.

3.º Las modificaciones de movilidad o desplazamiento de la aorta. Es sabido que en condiciones normales puede por palpación producirse un desplazamiento transversal de la aorta de medio a un centímetro. Ahora bien; en los casos de aortitis pueden darse dos casos: la aorta está rígida, y no es posible desplazarla en lo más mínimo: la aorta con más frecuencia es muy movable, pudiendo separarla de su situación normal en una extensión de 4 a 5 centímetros. Así como la rigidez se interpreta como sintomática de proceso de periaortitis, la movilidad excesiva se piensa depende de un alargamiento y endurecimiento de las paredes vasculares.

4.º Asincronismo del pulso radial con respecto al crural. En condiciones ordinarias se sabe que ambos pulsos son sincrónicos; pero en los casos de aortitis suele ocurrir que el pulso crural en triángulo de Scarpa tiene presión sobre el pulso radial. Nosotros no hemos podido comprobar este signo; acaso sería preciso para demostrarlo en casos dudosos el obtener dos esfigmogramas con aparatos registradores y cronométricos. Respecto a la explicación que suele darse de este síntoma, se piensa que debido a la rigidez aórtica aumenta la velocidad de la corriente sanguínea en el tronco abdominal de la arteria.

Ya se comprende que cuando se inicia una dilatación aneurismática las cosas pasarán de un modo justamente inverso, hasta tal punto que se considera este dato de valor decisivo para determinar si se trata de una aortitis o bien si a ésta se añade o ha determinado ya una ectasia aórtica.

5.º Un síntoma al cual todos los clínicos conceden hoy un valor muy seguro es el relativo a las diferencias tensionales entre las arterias braquiales y crurales. Es sabido que en condiciones normales, cuando se toma simultáneamente la presión en la radial y la pedía, resulta que en la primera la tensión suele ser 2-3 centímetros más que la segunda. Pues bien, en los casos de aortitis con una frecuencia notable se observa que la tensión tiene un valor igual o superior en la pedía con respecto a la radial. Como es natural, esta mayor presión pedía depende de un aumento de la misma en el territorio de la aorta abdominal; este signo llamado de Hill y Flach falta en los casos de ateromatosis generalizada, en cuyo caso lo que encontramos es una hipertensión en ambas arterias o quizás un aumento de la presión radial, como corresponde normalmente.

6.º A este conjunto sintomático podríamos añadir como signos menos característicos otros fenómenos de esclerosis vascular, particularmente aortitis torácica, angina de pecho, síntomas de esclerosis renal, claudicación intermitente crural, etc. Asimismo, el examen radiológico puede dar datos de valor, y no nos referimos a la exploración Roentgen de la aorta abdominal, que nosotros no practicamos porque realmente la arteriografía de la aorta ventral es poco demostrativa sin neumoperitoneo previo, y nos parece

que hoy por hoy no compensa los riesgos que su práctica supone. En cambio, esta exploración puede ser útil bajo otros aspectos: a) no mostrando signo alguno radiológico de afección gástrica o vesicular; b) mostrando signos radiológicos de aortitis torácica. Ya hemos visto el auxilio que esta exploración nos prestó en nuestros casos.

Vemos por todo lo dicho que el cuadro sintromico de las aortitis abdominales es realmente rico y proteiforme; pero en definitiva, tiene una sintomatología bastante expresiva para que el cirujano le conceda el valor que se merece en el diagnóstico diferencial de afecciones propiamente quirúrgicas de vientre. En la práctica los casos más embrollados son aquellos con trastornos gastrointestinales concomitantes que reproducen bastante exactamente el cuadro de úlcera, cáncer, litiasis biliar, apendicitis, cólicos renales o intestinales, etc.

Pero cuando el cirujano puede controlar por lo menos dos o tres de los síntomas enumerados antes, y por otro lado la enfermedad no encuadra en ninguna de las afecciones clásicamente admitidas, puede hacerse con grandes probabilidades el diagnóstico de aortitis abdominal. Y es evidente que la conducta terapéutica varía enormemente, no sólo por la abstención quirúrgica consiguiente, sino también por los medios farmacológicos que debemos manejar.

Sobre la morfogénesis de los capilares cutáneos del hombre y la significación clínica de la detención de su desarrollo

POR EL

DR. LIEBESNY

(De su colaboración al «W. K. W.», núm. 25.)

En la Sociedad de Médicos de Viena, dijo el autor, en su sesión del 13 de Junio, que las fotografías de los capilares ungueales de recién nacidos tienen la particularidad que muy pocas horas después de su nacimiento no ofrecen en el borde del limbo de la uña todavía ningún asa final sino sólo una red de mallas amplias y estrechas que consta de vasos de un calibre bastante grueso. En los niños de tres días se observa en el borde del limbo un desarrollo de asas situadas horizontalmente, mientras que en una pareja de gemelos de siete días se veía una evolución ulterior de las formas intermedias de asas dirigidas verticalmente, pero de disposición irregular. De las formas intermedias proceden, por último, las asas finales definitivas llamadas neocapilares, que en los casos más tempranos sólo aparecen después de las tres semanas y media. En los niños nacidos antes de tiempo la red infantil está desarrollada con mucha menos fuerza, y ocho meses después de su nacimiento todavía no ofrecen su desarrollo definitivo.

La evolución de los capilares desde la red infantil, llamada red admirable, hasta las formas intermedias, y desde éstas hasta las asas capilares, puede ser alterada por causas endógenas y algunas veces exógenas. En los capilares de enfermos mentales, de la clínica del Dr. Heller, en Grinzig (Viena), y en enfermos con alteraciones endocrinas se ob-

servan desviaciones desde el tipo normal hasta el de la red admirable infantil, alteraciones de este tipo, y, por último, otras de las formas intermedias. Las fotografías demuestran con gran claridad la razón de la hipótesis de Jaensch, que, por lo menos en los débiles mentales y en muchos enfermos con alteraciones endocrinas, se observa en los capilares cutáneos desviaciones que parecen debidas a una parálisis de su evolución.

En Noviembre de 1928, el Consejo de Sanidad de Berlín dedicó una jornada entera a la doctrina de Jaensch, y después de oír la opinión de sabios de fama mundial tomó la resolución de considerar «que las investigaciones de los señores Jaensch, Parisius, Otfried, Müller y Hoepfner, sobre las desviaciones morfológicas de los capilares ungueales, no pueden ser consideradas como conclusiones definitivas; pero, sin embargo, el Consejo considera las investigaciones llevadas a cabo como tan interesantes y valiosas, que recomienda al Gobierno la prosecución de estos estudios, especialmente en el sentido de la proposición hecha por el consejero Abderhalden», quien había pedido la creación de centros de investigación para profundizar nuestros conocimientos sobre la expresión corpórea de los débiles mentales. En esos centros se formarán los que después se dediquen al tratamiento de los enfermos mentales dichos.

El Dr. Wilder muestra gran escepticismo ante las variaciones morfológicas de los capilares, porque bastan muy pocas manipulaciones para modificar su aspecto. Mejoras como las acusadas por Jaensch pueden lograrse sólo con decir al enfermo que no trabaje con las uñas examinadas. Por el contrario, los datos que se deducen del estudio de la circulación (fisiología) de los capilares son esenciales.

El Dr. Urbanek trata de una modificación de la microscopía capilar, que se lleva a efecto en el bulbo de la conjuntiva, en lugar de hacerse en las uñas, que tiene la ventaja de que facilita un campo de observación mayor de la red capilar y permite la observación al mismo tiempo de los precapilares. Este medio de estudio se halla particularmente indicado en aquellos casos en los que se sospecha una influencia medicamentosa del sistema capilar y en los de alteraciones vasoneuróticas.

El Dr. Dattner habla de los estudios que llevó a cabo para esclarecer en el fundamento orgánico de la angustia neurótica la influencia de la anatomía y fisiología de los capilares. Ya en 1925, fundándose en numerosos hechos clínicos, comprobó que la base de la angustia neurótica, prescindiendo de su origen central, debe buscarse en la disminución de la respiración intensa, motivada por una dificultad del intercambio entre la sangre y los tejidos.

El delicado mecanismo de este proceso todavía no está aclarado. Muchos cientos de investigaciones—sin fotografías—nos han enseñado que los neuróticos, en un número extraordinariamente grande, ofrecen en sus capilares las desviaciones de lo normal estudiadas por Jaensch y sus colaboradores. Antes de Jaensch pudo él experimentar el benéfico efecto de las pequeñas dosis de yodo sobre muchas formas de estados nerviosos de ansiedad. Sería de gran significación para la patología constitucional y la terapéutica, si se pudiera confirmar la opinión de Jaensch, que por la administración continuada durante largo tiempo de substancias medicamentosas que favorecen el desarrollo de los capilares se consiguiera en los niños que ofrecen un retardo en la evolución de éstos se pusiese de nuevo en marcha esa evolución. Con esto se lograría que la Pediatría inaugurara un amplio campo terapéutico lleno de esperanzas.

Gaensslen ha conseguido, tanto clínica como gráficamente, demostrar el efecto inmediato de una dieta exclusiva de

carne o vegetariana sobre el estado de repleción de los capilares y como consecuencia de su forma.

Las observaciones clínicas de los llamados neuróticos permiten comprobar en muchos casos la influencia insospechada de diversas clases de alimentación en el estado general, especialmente en la angustia de los enfermos.

El Dr. Lichesny resume las opiniones expuestas. Niega que el aspecto de los capilares ungueales sea inconstante, las formas de evolución retardada halladas por él se vuelven a encontrar en el mismo dedo y sitio mientras no se influye médica o dietéticamente sobre el enfermo.

SESIONES CLÍNICAS

HOSPITAL DE LA PRINCESA

14 DE FEBRERO DE 1931

Dr. Blanc Fortacin.—I. En la pieza patológica que aquí presento se aprecia la división de un apéndice por su porción media, quedando unidos los dos fragmentos por un tractus fibroso que parece una brida. En el momento de la intervención creímos que el segmento o porción anterior del apéndice era un ganglio; terminada la intervención y examinada bien la pieza patológica, vemos que dicha porción es tubular.

Se trata, pues, de un caso de autoamputación de apéndice por su porción media.

Estas autoamputaciones pueden realizarse en tres sectores del apéndice: 1.º Al nivel de la punta del apéndice; en este caso la amputación coincide con un proceso gangrenoso que va seguido, o de sepsis peritoneal difusa, o de peritonitis circunscrita supurada o adhesiva, pero siempre con flogosis peritoneal intensa; 2.º En la porción media, en cuyo caso puede suceder como en el presente, que las dos mitades del apéndice a medida que se separan y escinden por un proceso del cual vamos a ocuparnos, ocluyan sus bocas de sección formándose dos mufiones unidos por un tracto o cinta fibrosa representativa de aquel proceso adhesivo. Dicha cinta fibrosa acaba por reabsorberse y la porción periférica retraída da a primera vista la impresión de un ganglio; 3.º En la base o inserción cecoapendicular; si el proceso es eminentemente séptico por virulencia excesiva de los gérmenes, el proceso será una forma de gangrena apendicular con todas sus consecuencias. Pero si la evolución es lenta y atenuada, entonces podrán aparecer las lesiones en forma análoga a las del siguiente caso. Apendicitis de repetición; cinco o seis ataques de mediana intensidad; al final del último se opera al enfermo.

Se busca el apéndice en su sitio normal sin lograr encontrarlo; en la pared del ciego y envuelto en una brida laminar se enuclea un cuerpo redondeado de color rojizo que examinado al pronto parece un ganglio o un adenoma y que las investigaciones histológicas sucesivas filian como tejido adenoide apendicular. Era un apéndice seccionado en su inserción por una serie de ataques inflamatorios.

En casos como el presente importa mucho averiguar durante la intervención si quedan en el punto cecoapendicular porciones del apéndice amputado con morfología cavitaria suficiente para provocar nuevos ataques. En ese caso debería hacerse la ligadura en la base de ese segmento residual y extirpar el recto. En la generalidad de los casos el segmento residual no existe, o si existe está completamente parcelado en restos pequeñísimos en vías de fagocitosis.

El mecanismo patogénico es un tanto confuso. Probable

mente existen lesiones vasculares que preparan los tejidos de la pared apendicular atrofiándolos y acciones fagocitarias endoteliales y humorales que actúan completando la reabsorción de zonas de vitalidad disminuida.

II. La tumoración mamaria que padece una mujer ingresa en nuestra clínica es redondeada, libre de adherencias a planos musculares y a piel; no presenta más que una ligerísima retracción del pezón. Explorada su axila hallamos ganglios numerosos en la pared interna. No existen, al menos, de modo apreciable a la palpación en la fosa supraclavicular. Lo descrito nos basta para diagnosticar tumor maligno y para realizar una extirpación radical. El análisis del tumor confirma nuestro diagnóstico: es un adenocarcinoma. En los antecedentes etiológicos de estos procesos es frecuente registrar la existencia de traumatismos o de procesos inflamatorios sufridos por las enfermas años atrás. Así, en una estadística de 80 carcinomas mamarios, en 30 casos existía el antecedente de un golpe fuerte o de una presión continuada por corsé alto, y en 28 se registraba la circunstancia patológica de una mastitis durante una lactancia. En ambos casos se explicaría la influencia de las dislocaciones epiteliales en el seno del tejido conjuntivo, provocadas unas veces por la contusión y otras por la cicatriz de un proceso supurado. Esta teoría de la secuestración epitelial concebida por Ribber y por el cirujano español Dr. Cervera, que la modificó algo, pero manteniendo el concepto fundamental, trata de explicar la génesis del cáncer por un cambio de medio de la célula epitelial que secuestrada en el seno del tejido conjuntivo se hace anaerobia y cambia su función especializada por la determinante oculta reproductora.

En el cáncer de la mama serían células de los acinis glandulares las que aisladas del resto de sus congéneres por una causa eficiente (traumatismo, inflamación) desarrollarían en un medio ambiente humoral favorable su labor atípica general y anatómica. Pero si bien esta explicación es apropiada a la mayoría de los tumores epiteliales de la mama, no alcanza explicar aquellos otros en los que ni los acinis glandulares alcanzan un desenvolvimiento anatómico y funcional normal en la mujer, ni siquiera existe más que un esbozo de órgano. Tal ocurre con los carcinomas mamarios del hombre, y sobre todo en aquellos registrados en los niños de corta edad.

Tenemos dos observaciones bien características de estos últimos. En un niño de nueve meses y en una niña de seis hemos visto hace algunos años tumores mamarios de tipo epitelial con una fuerza proliferativa y atípica tan extraordinaria como en los encefaloides del adulto.

Tan avanzada era la evolución de uno de ellos (el de la niña) que lo consideramos inoperable; en cambio, en el caso del niño hicimos una extirpación con vaciamiento axilar. Y examinados al microscopio una serie de cortes del tumor, vimos la proliferación epitelial desenvolverse alrededor de unos nódulos epiteliales sin sus glándulas, semejantes a los que en el tiroides se conocen con el nombre de nódulos adenomatosos de tipo fetal. Esos nódulos serían secuestraciones de infundibulos tubulares y tendrían la significación análoga a las formaciones que en el maxilar constituyen los restos parodontarios de Malassez, a cuya actividad tardía sería debida la mayoría de la patología neoplásica del maxilar.

Por lo expuesto se ve bien cuán expuesta está la glándula mamaria a ser asiento de tumoraciones y con cuánta cautela debemos ver una neoplasia mamaria aunque presente signos clínicos de benignidad. No seré yo de los que aconsejen una operación radical en todos los casos, pero sí

de los que una vez extirpado un tumor benigno, con todos los caracteres de tal, crean que no debe darse por terminado el tratamiento sin un rotundo informe de benignidad histológica. Buena prueba de que no sirven los datos clínicos para enjuiciar un proceso mamario la tienen aquellos que asisten a mi clínica y que vieron cuán benigno parecía un tumorcito extirpado en la región interna de la mama, situado casi fuera de los linderos de la misma, verdadero lóbulo aberrante, y que seccionado después de extirpado crujía como un fibroma bien circunscrito. Y, sin embargo, aquello era un tumor epitelial, según indicó el laboratorio. Y fortuna para la enferma será esta aparente disparidad entre la benignidad clínica y la malignidad histológica, porque ello será prueba de que es incipiente el proceso y de que nos encontramos ante un proceso local que con una cirugía radical se cura.

III. En la clínica de hombres ha ingresado un anciano de setenta y cinco años que padecía una hernia crural. Esa hernia se ha estrangulado unas horas antes. Rápidamente hemos procedido al desbridamiento de su anillo crural y hemos examinado el asa estrangulada, que se hallaba intensamente congestionada, pero sin esfacelo. Previa una abundante irrigación con solución salina normal hemos reducido el intestino y hemos cerrado el anillo. El enfermo se ha curado.

El caso, como se ve, es de los corrientes. Pero nos da ocasión oportuna para comentar brevemente el modo de tratar las hernias estranguladas. La línea de conducta es completamente distinta según que haya o no haya esfacelo de asa. En el primer caso la operación es la clásica. Desbridamiento del anillo o del cuello del saco, pero no con bisturí de botón o rama de tijera, sino poniendo al descubierto la región y cortando: viendo lo que se corta; a lo más, una sonda acanalada protectora evitará la lesión de vísceras por una escapada de bisturí. Explórese el asa, exteriorizándola y explórese también su mesenterio. Aquí surgen las dudas; ¿tendrá o no vitalidad aquel intestino amoratado con algunas equimosis parietales y flácido de pared? El chorro de suero caliente ayudará a resolver esas dudas. Si la serosa intestinal adquiere lisura; si la cianosis del asa disminuye con rapidez; si se inicia en ella peristaltismo, el intestino puede ser reducido sin temor. En caso contrario hágase una resección del asa, término terminal o laterolateral según igualdad o desigualdad de los cabos aferente y eferente a la estrangulación. La intervención requiere alguna práctica de suturas intestinales. Para los poco diestros se aconseja fijar el asa sospechosa a la pared y cerrar con drenaje. Mala práctica me parece esa; si el asa se mortifica, esa fijación no evita la peritonitis; un caso presente en este curso que así lo confirma. Mejor consejo me parece dejar la región abierta ampliamente y colocar un desagüe amplio de mechas de gasa rodeando al asa; si ésta se esfacela se formará una fístula estercoral. Si nada ocurre, a los pocos días se puede cerrar la brecha herniaria.

Si al abrir el saco aparece un asa gangrenada, no desbridar el anillo. La región séptica está bloqueada por la misma estrangulación. Unas mechas empapadas en solución fuertemente antiséptica cubrirán el campo infectado. El operador y los ayudantes cambiarán sus guantes de goma. El instrumental será renovado o hervido nuevamente. Se abre entonces deliberadamente el abdomen por encima de la región herniaria; se buscan por inspección y buena iluminación los dos cabos intestinales aferentes a la estrangulación; se colocan pinzas de coprostasis; se seccionan ambos cabos; se reúnen en una extensión de unos 7 a 8 centímetros formando con ellos como dos cañones de escopeta y se fijan a la piel

A los señores médicos españoles

Me es grato comunicar que no pudiendo efectuar hasta dentro de unos meses (probablemente tres) la anunciada rebaja de precios en los productos y especialmente

BIOPLASTINA SERONO

Peptopancrasi Serono, etc., etc.,

con el fin de que sus clientes más menesterosos no queden perjudicados por dicho retraso, desde hoy, hasta aquella fecha, mi casa central de Barcelona y todas mis delegaciones de España anotadas al pie, están autorizadas para la entrega de muestras gratuitas de **Bio-plastina Serono**,

CONTRA PRESENTACION DE RECETA MEDICA FIRMADA

en la que deberá constar la palabra «**gratis**» escrita por el propio médico.

Los señores médicos residentes en las capitales donde tengo instaladas mis delegaciones, podrán pasar sus peticiones por teléfono si así lo prefieren.—**L. LEPORI**

LEPORI.— Casa Central: Cardenal Vives y Tutó (Sarriá).—**Barcelona.**

LEPORI. — Tres Cruces, 7. — **Madrid.**

LEPORI. — Conde de Salvatierra de Alava, 37.—**Valencia.**

LEPORI. — Martín Villa, 7. — **Sevilla.**

LEPORI. — Ercilla, 16 — **Bilbao.**

LEPORI. — San Agustín, 32. — **La Coruña.**

TRATAMIENTO EFICAZ E INOCUO

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

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

ANTIBLEFARINA KIRCHNER

Literatura y muestras:

VICTOR KIRCHNER Sardañola (Barcelona)

Ayuntamiento de Madrid

constituyendo una enterostomía temporal que se cerrará en tiempo oportuno. Luego se descubre la porción gangrenada, se extrae del anillo sin necesidad de maniobras complicadas y se taponan. No hay que pensar en plastias del anillo, porque la región está infectada.

Dr. García López.—Presenta una enferma que padecía una metritis crónica de tipo hemorrágico con desgarro de cuello y ectoprión de mucosa cervical. A propósito de él hace resaltar lo ilógico de un tratamiento por medio de raspados que, sobre no producir beneficio alguno, determinan transportes bacterianos por linfáticos y parametrios anejos y tejido celular periuterino. Señala las contingencias de las dilataciones de cuello, realizadas sin una extremada cautela, y cita casos clínicos en los cuales la aplicación de un tallo de Lefour ha originado siembras productoras de enormes flemones pelvianos. Cree que la enferma con un tratamiento higiénico y ligera antisepsia vaginal curará sin necesidad de intervención.

Dr. Blanc y Fortacín.—De acuerdo con el Dr. García López, cree que esta enferma no debe operarse, pero sí vigilarse por la posibilidad de proliferaciones atípicas de su epitelio uterino-cervical. Los desgarros de cuello, por lo mismo que son confluentes de dos variedades de epitelio, son zonas aptas a las proliferaciones celulares atípicas.

RETRACCIÓN CICATRIZAL

Sr. Useros.—Se trata de una mujer de mediana edad que hace un año próximamente sufrió una extensa quemadura de segundo grado que interesaba el antebrazo, palma y dorso de la mano, pliegue de flexión del codo y cara anterior del brazo. Lo interesante del caso es que la cicatrización a nivel de los pliegues articulares se ha verificado siguiendo los ángulos de cicatrización y a lo largo de la línea de flexión, saltando el bloque de cicatriz desde la cara anterior del brazo a la del antebrazo y determinándose una sínfisis de ambos segmentos. El movimiento de extensión es, pues, imposible.

El tratamiento que proponemos es la excisión de la cicatriz, y para evitar un nuevo proceso de retracción deberemos practicar una plastia cutánea.

No creemos indicados los injertos de Thiers Mongold, Reverdin, Krause, etc., que no darían una movilidad cutánea suficiente.

Entre las plastias, y dada la extensa superficie a cubrir, no nos parece a propósito el método francés ni el indiano. Creemos preferible el italoalemán a colgajo pediculado. La región más indicada para tomar el colgajo es la del vientre, a la cual podemos con facilidad aproximar el antebrazo para inmovilizarlo mientras cicatriza el colgajo, hasta que sea el momento de cortar el pedículo.

Dr. Blanc Fortacín.—Aunque es evidentemente preferible la plastia por colgajo pediculado en este caso, no dejan de tener utilidad en otros, en los cuales la superficie a cubrir es menos extensa y más regular, los colgajos libres de Krause. Los primeros días estos colgajos presentan un aspecto alarmante: se produce en ellos un proceso incipiente de necrosis; la epidermis se levanta en ampollas y el colgajo toma un tinte lívido. Indudablemente se inician fenómenos lísicos, que ceden en el momento que la vascularización se establece. Pero aun en aquellos casos en que la vitalidad queda gravemente comprometida y en que parte o casi la totalidad del colgajo se elimina, se comprueba una favorable acción de la intervención practicada sobre los procesos de cicatrización de la región operada. Se trata probablemente de una acción proteínica ejercida por los productos de desintegración de la piel aportada, substan-

cias que unos creen derivadas de los núcleos celulares (nucleoproteínas), y otros, como Carrel, a principios no bien definidos del tipo hormonal, llamados por ese autor trephorias.

NOTAS RURALES

La vacuna antitífica evita la gravedad de la gripe.

En la epidemia actual he visto confirmadas las observaciones que sobre este asunto hice en la gripe del año 18.

Mis compañeros pueden comprobarlas, comparando la reacción a la gripe de los vacunados contra la tifoidea y especialmente de los que han hecho el servicio militar, con la de los restantes individuos de la familia. Pueden también comparar la gravedad y la mortalidad de la gripe en unos y en otros.

Si se confirman mis observaciones, podremos contar con un medio sencillo y seguro de reducir la mortalidad gripal, que aun en epidemias relativamente benignas como ésta sobrepasa a la corriente hasta en un 40 por 100.

Al hacer las investigaciones, ya de presente, ya por recuerdo, conviene tener en cuenta que:

La vacuna antitífica evita las formas graves de la gripe, pero no esta misma. Hay gripe ligera, pero sin la vulnerabilidad que origina las complicaciones.

Quizá otras enfermedades, y seguramente la fiebre tifoidea padecida de tres a cinco años antes, tienen la misma acción. Esto es lo que me orientó en mis investigaciones sobre su vacuna.

También otras vacunas, aunque no todas, producen el mismo resultado. Las ventajas de la antitífica es que libra a la vez de enfermedad tan grave como la tifoidea.

Esta última vacuna parece disminuir la gravedad de la enfermería corriente, confirmando con esto y lo anteriormente expuesto el teorema de Hazen para este medio eficaz y poco costoso.

Agradecerá a los compañeros su interés por el asunto y, sobre todo, cualquiera noticia positiva o negativa.

Su afectísimo s. s., *Rogelio Pérez Domingo.*

Sotresguso (Burgos), 1.º de Marzo de 1931.

BIBLIOGRAFIA (1)

MEDIZINISCH-CHEMISCHE UND MIKROSKOPISCHE TECHNICK, por Franz Müller und Fritz Sachs. Editor, Georg Thieme, Leipzig.

Este librito forma el primer tomo de una serie de breves manuales, cuya publicación, emprendida hace ya algunos años, fué encomendada a la dirección del profesor Franz Müller, de Berlín, uno de los autores del volumen que nos ocupa.

Es una obrita destinada a los no iniciados en las prácticas de laboratorio, con el fin exclusivamente de facilitarles todo lo posible el acceso a aquel terreno.

Expone los principales métodos químicos que se siguen para realizar los análisis más corrientes de orina, heces, jugo gástrico, sangre y líquido cefalorraquídeo, a más de los trasudados y exudados, en la acepción clínica de ambas palabras.

Al empezar, en el primer capítulo, expone sucintamente las distintas manipulaciones de orden general que a cada

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

momento salen al paso (pesada, destilación, evaporación, soluciones, etc.).

Nos gusta especialmente lo que se refiere a sedimento urinario; al margen de los párrafos que le dedica van unas figuras en extremo demostrativas de los elementos amorfos y organizados que se observan.

En la parte referente al examen morfológico de la sangre hay una lámina muy buena, tomada de von Jomarus, en la que están representadas todas las formas maduras y las más frecuentes inmaduras (mielocitos, etc.) de los corpúsculos sanguíneos, página de gran servicio en la práctica por lo clara, sobre todo para los principiantes.

En esta pequeña obra los autores dan los más elementales datos sobre todos los puntos que tratan, datos que en la mayoría de los libros usuales, de más severa presencia, dándolos por sabidos se pasan por alto.

A. MORANA JIMÉNEZ

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Bourg. LA DISPLASIA PERIOSTAL Y LA OSTEOPSATIROSI. La displasia periosteal de Porak y Durante, llamada también osteogénesis imperfecta, consiste, como se sabe, en una fragilidad ósea notable que existe desde el nacimiento. Radiográficamente se comprueba que la sustancia ósea compacta diafisaria se halla muy reducida en cantidad y calidad, interesando más especialmente esta malformación a la parte que hace a expensas del periostio, de donde le viene su nombre.

La osteopsatirosis se caracteriza por una tendencia a las fracturas fáciles y repetidas que se manifiesta, no desde el nacimiento, sino más tardíamente en el niño mayorcito y se continúa en el adulto. Se desconoce su patogenia.

Sin embargo, existe actualmente la tendencia a considerar la displasia periosteal y la osteopsatirosis como dos aspectos diferentes de una misma malformación de los huesos. La displasia periosteal sería la forma grave, aguda, precoz y mortal, mientras que la osteopsatirosis sería la forma atenuada y tardía.

Ahora bien, al lado de estas dos enfermedades semejan tes y primitivas, existe, según el autor, una osteopsatiro sis o fragilidad especial de ciertos huesos que constituye única mente un síntoma encontrado en otras varias enfermedades cuyo carácter esencial no es el de esta fragilidad ósea par ticular.

Sin referirnos a ciertas fragilidades secundarias a algu nos tumores, quistes o inflamaciones que acarrear con fre cuencia fracturas casi espontáneas, pero habitualmente úni cas, puede sentarse como conclusión que el síntoma fra gilidad ósea u osteopsatirosis se encuentra en el niño en otras afecciones que la displasia periosteal y la osteopsati rosis verdadera, en las que constituye toda la enfermedad. Tales enfermedades son: el raquitismo grave, la hipotrofia acentuada, quizás la sífilis congénita ósea y la osteomalacia infantil, cuyos límites se hallan mal definidos todavía.

El aspecto clínico y radiográfico de estos casos legitima su separación de la displasia periosteal u osteogénesis im perfecta. (*Le Scalpel*, nú. 39, 27 de Septiembre de 1930). T. R. Y.

T. Martini, M. Joselevich y C. Ravizzoli. LOS ANEURISMAS INTRAPERICARDÍACOS DE LA AORTA. — Desde 1927 hemos publicado varios casos de aneurismas intracardíacos

de la aorta. Con la presente publicación agregamos dos nue vos casos, con comprobación necrópsica.

En el primer caso la ectasia fué diagnosticada clínica mente y la autopsia confirmó su existencia, aclarando algu nos detalles del cuadro clínico que previamente no habían podido ser resueltos. Presentaban también como dato de importancia el signo electrocardiográfico descrito por Battro y López Ramírez para la enfermedad que nos ocupa. La comprobación necrópsica de la lesión adjudica a dicho signo un valor que hasta entonces no poseía, y nos permitirá efectuar algunas consideraciones al respecto.

El segundo caso no había podido ser estudiado como co rrespondía y debido a ello el aneurisma fué sólo descubierto en la autopsia. La terminación fatal se produjo por la rotura de la ectasia en el interior del saco pericárdico, previo aneu risma disecante de la pared de la aorta de ascendente. Este caso corresponde, pues, a la descripción clásica de los aneu rismas nacidos en la parte inicial de la aorta. Nosotros no habíamos tenido oportunidad de observar todavía ningún caso terminado por rotura de la ectasia en el pericardio. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 20 de Noviembre de 1930. Año XXXVII, núm. 1.923, pág. 1.554).—M. A. C.

Juan J. Castillo. CREACIÓN, MANTENIMIENTO Y TERMI NACIÓN DEL NEUMOTÓRAX ARTIFICIAL. — La creación del neumotórax artificial comprende el período de compresión progresiva y la obtención de un colapso óptimo.

Llamamos colapso óptimo a una compresión parcial o total que, sin producir la desviación mediastinal, produzca la desaparición de los síntomas cardinales de la enfermedad.

Para que podamos mantener ese colapso necesitamos conocer los diferentes factores y cambios gaseosos que mo difican la presión intrapleuraleal.

Antes de comenzar la terminación del tratamiento por neumotórax artificial, necesitamos valorar correctamente los factores que indirectamente traducen el estado del pul món colapsado.

La eficacia del neumotórax no se puede deducir por el grado de compresibilidad, sino por sus resultados. (*Rev. Med. Cubana*, Noviembre de 1930.)

Nacionales

Alfredo Rico. LA CLORUREMIA EN LA TUBERCULOSIS. El interés despertado por el método de Gerson para el tra tamiento de algunas formas de tuberculosis han incitado al autor a estudiar la cloruremia de los tuberculosos, a fin de ver si de estos estudios podían deducirse conclusiones que sirvieran de base científica a la cura declorurada de las formas cutáneas de la tuberculosis. El autor expone detalla damente el método seguido para determinar el cloro y el sodio de la sangre, así como para ver el comportamiento de los tuberculosos cuando se les suministraba cantidades exageradas de cloruro sódico. Las conclusiones en que re sume su trabajo son las que siguen:

- 1.ª La cloruremia y el sodio son normales por completo en la sangre de los enfermos de tuberculosis pulmonar.
- 2.ª La eliminación del cloruro sódico suministrado a dosis masivas es normal, tanto por el tiempo en que se ve rifica la eliminación cuanto por la cantidad eliminada.
- 3.ª Reduciendo la ingestión de cloruro sódico se reduce al mismo tiempo su eliminación por la orina, conservándose la normalidad en la sangre, y
- 4.ª La dieta declorurada en esta enfermedad está des provista de todo fundamento científico. (*Rev. Esp. de Tub.*, Diciembre de 1930.)

INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA

2 Nuevos productos que interesan vivamente a la Clase Médica, fórmulas del eminente endocrinólogo DR. NICOLAS PENDE, de la Real Universidad de Génova.

ANTISENIUM. — Producto Poli-Opoterápico. Renovador de la energía vital.

Una nueva concepción científica domina hoy la cuestión de las curas «reconstituyentes». Ya no se trata de introducir en el organismo sustancias que son o se presumen «reconstituyentes» (hierro, arsénico, etc.), porque asimilables como tales, lo que no es, sino de reequilibrar el desequilibrio del metabolismo, reactivar el sistema neurovegetativo y endocrino, en todo o en parte, normalizando el equilibrio trófico turbado.

La debilitación funcional de la esfera troforreguladora se manifiesta a menudo con disturbios que parecen aquellos de una crisis de vejez intempestiva, provocada por infecciones, intoxicaciones, trabajos excesivos, emociones, etc., todas condiciones en las cuales el organismo atraviesa fases más o menos largas de «Agotamiento» transitorio o progresivo de sus energías, y que indican al médico la oportunidad de las curas así dichas «reconstituyentes».

Dichas reservas de energía dependen de la acción regulatriz de algunas glándulas endocrinas, y son las mismas que, según los estudios de los profesores Pende, Marañón y otros eminentes endocrinólogos, regulan y dirigen los fenómenos fisiológicos del envejecimiento y deciden de la época del comparecimiento de los fenómenos seniles de los órganos y también de su forma y aspecto exterior.

El Instituto Terapéutico Romano, según las indicaciones del Prof. Pende, ha reunido los extractos de estas glándulas en una preparación a la cual ha dado el nombre de **Antisentum**, nombre sugestivo que establece que las indicaciones clínicas de éste, son todos aquellos estados en los cuales la energía nerviosa física y psíquica del organismo se disminuye, causando manifestaciones de decadencia orgánica y funcional que son o semejan crisis de vejez o transitoria o parcial, o precoces, pero son susceptibles de ser combatidas, dominadas, retardadas o vencidas.

LIPOCLASIO. — Poliendocrinolo Catabólico. Cura opoterápica de la obesidad y sus consecuencias.

La acción de las glándulas endocrinas se ejercita sobre dos ramos del sistema neurovegetativo, o gran simpático, es decir sobre el simpático propiamente dicho, cuya función es para los procesos de consumo (catabólico), y sobre el vago, cuya función es para los procesos de asimilación (anabólico). Es decir, hay hormonas excitocatabólicas y excitocatabólicas.

Introducir entonces en el organismo los principios aceleradores y reactivadores del consumo, a través del sistema nervioso neurovegetativo de acción catabólica, significa realizar la cura racional de la obesidad.

El **Lipoclasio** es un producto puriglandular (poliendocrinolo) que contiene los jugos no de las glándulas enteras, pero solamente aquellos de la porción excitocatabólica de cada glándula, de las elegidas para este fin, que son aquellas que favorecen el consumo de las grasas e influyen sobre el recambio combatiendo la diátesis uricémica, la disposición a la gota, a la diabetes, etc., etc.

LITERATURA CIENTÍFICA

Se remite solicitándola al Representante en España y Colonias: E. PISTOLESI, Apartado de Correos 9026, Madrid.

K A L O G E N

Solución de compuestos halogenados de calcio.

Fórmula por 100 c. c.

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

**RECALCIFICANTE
SOLUBLE
NO ACIDO**

**INDOLORO
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.

Ayuntamiento de Madrid



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados desahogados.

Tos rebeldes Asma

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

JARABE FAMEL

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

Muestras á disposicion de los Seos Médicos
Agentes Generales para España
CURIEL Y MORAN Arco 128 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 á 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

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

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

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

CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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

no producen ningún ennegrecimiento en las cucharas de estaño o de plata.

El que come setas no debe hacerlo nunca con tranquilidad sino cuando él mismo conozca bien las que le presentan en la mesa.»

CARABAÑA: el mejor purgante.

Antigüedad de la enfermedad.

Las investigaciones de Rodolfo Virchow, el padre de la paleopatología, de Bernardo Renault, Roy, L. Moodie y otros, han demostrado que la historia de la enfermedad propiamente empieza con el comienzo del paleozoico o proteozoico hace más de cien millones de años o más. Los restos fósiles de los primitivos vertebrados del paleozoico proporcionan abundante demostración de la existencia de enfermedades, como caries dentales, piorrea alveolar, osteomielitis, fracturas; enfermedades que al parecer se han modificado muy poco, si es que han cambiado algo, en el curso de cien millones de años. Como ejemplos pueden citarse que han sido halladas caries en los huesos y dientes de peces del período permiano en Francia; la mandíbula de un caballo ofrece caries que determinan la absorción del borde marginal del alvéolo y la exposición de la raíz al diente, esto es, la sucesión de fenómenos que pueden tener lugar en la piorrea alveolar, como vemos en la actualidad; se han comprobado caries en elefantes del pleistoceno. Uno de los hechos más curiosos del desarrollo reciente es que la artritis deformante, enfermedad comprobada tan frecuentemente en muchas momias egipcias, es idéntica a la gota de las cavernas (cavegout-Höhlengicht) que Virchow vió en 1870 en huesos en una caverna o cueva de osos del pleistoceno. (Oliver W. W. Stalkers de Peshlence, New York, Paul B. Hoeber, Inc. 1930. *The J. A. M. A.*, 27 de Diciembre de 1930). — P. M.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

—¿Y CUANTO me va a costar esta operación, doctor?

—No se preocupe usted de eso; ya me entenderé con sus herederos.

UN DIA de lluvia dos señoras suben a la plataforma de un tranvía:

—El interior está completo, dice el conductor.

Un señor sentado en una de las banquetas se levanta y dice galantemente: —Ahí tiene mi asiento la mayor de ustedes.

Ninguna de las dos se mueve.

El señor desesperado, vuelve a sentarse.

EL VERDADERO dolor es el que se sufre sin testigos.

MARTIAL.

LA EDUCACIÓN PSICOLOGICA

POR

PABLO BOURGET

De la Academia francesa.

Una de las características de nuestra época se manifiesta en la importancia que se da a la educación. Una prueba bien significativa de nuestra aseveración la encontramos en el ardor con que se llevan a cabo las polémicas emprendidas alrededor del proyecto sobre la escuela única.

Es verdad que en este debate juega un papel muy principal el impulso que ello da a la propaganda electoral; pero ello mismo amontona en el elector una inquietud más o menos abnegada acerca de la mentalidad de las generaciones futuras y de prepararlas de antemano en un sentido que él considera preferible y ellas perjudicial.

Sin pretender entablar una polémica

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

sobre este punto, señalaremos sencillamente que una y otra opinión presupone la investigación, y por consecuencia la falta de una disciplina educativa que los franceses de hace ya ciento cincuenta años encontraban en la influencia de los medios tradicionales elaborados por el tiempo y mantenidos por la costumbre. Esto es lo mismo que asegurar que antiguamente existían hábitos por los cuales los hermanos menores se formaban por el mismo molde que los mayores. Ciertamente que nuestra vieja Francia mantenía sus abusos y sus deficiencias, pero poseía la virtud de crear grupos donde se insertaban los recién llegados como las hojas de los árboles se insertan sobre sus ramas, y, sin embargo, forman parte de él. La Revolución, rompiendo con violencia irreflexiva e impetuosa las instituciones del pasado, con el mismo golpe rompió también los grupos, formando el individuo aislado, con lo cual las herencias conscientes y morales disminuyeron con rapidez visible. Las herencias inconscientes que están formadas a base del psiquismo han pasado a figurar en primera fila. Educar un niño es dirigirle, ¿pero, de qué modo? Y en primer lugar, ¿cómo conocerle?

Este problema, que no es otro que el del porvenir de nuestra raza, ha sido planteado por el Dr. Mignon, uno de los mejores psiquiatras actuales, en un es-

ANTIPHLOGISTINE

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

tudio acerca de *La educación psicológica de los niños*. Habría que desear de todo corazón que estas bien pensadas páginas fuesen leídas y meditadas por todos los maestros de enseñanza primaria y secundaria. La tesis que M. Mignon des-

arrollaba en una magistral introducción, descansa en una comprobación indiscutible para cualquiera que haga memoria de su propia juventud: ni las disciplinas fijas, ni las intelectuales, ni siquiera las morales y religiosas, alcanzan

Kelatox: Sedante atóxico.

el último fondo de nuestra personalidad, eso que el lenguaje vulgar llama nuestro carácter.

En efecto, nosotros no le recibimos sino a su través. Pasémosles, pues, revista. ¿Topamos con un niño de temperamento brutal? La cultura física y los *sports* corren el riesgo de sacar de él un alcaraván. ¿Trozamos con un vanidoso? Los aciertos escolares se ponen en peligro de favorecer en él la pretensión y las audaces paradojas.

Las confidencias de uno de los jefes de la Comuna de 1871, Julio Vallés, hechas en su *Jacobo Vingtras*, nos demuestran hasta qué punto nace y crece en el colegio un revolucionario. La rara calidad del estilo revela al excelente y laureado alumno en un concurso general, aunque no haya retenido de la cultura clásica otra cosa que el sabor de la escritura y el bien decir puestos al servicio de algunos apetitos. ¿Que nos encontramos, por el contrario, con un tímido, un vacilante, un escondido, que se pliega gustoso sobre sí mismo? Pues en este caso la enfermedad del escrupulo le acechará aun a los pies del confesionario.

Esto nos prueba que tanto a la educación moral como a la religiosa y a la física, como a la intelectual, es necesario unir la que M. Mignon titula con precisión exquisita educación psicológica. Su libro no es otra cosa que un estudio minucioso e ilustrado por una considerable cantidad de ejemplos tópicos, de procedimientos muy eficaces para comprobar y dirigir las tendencias innatas que evoca desde la primera infancia, en la cual se despiertan ya la

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

sensibilidad, la emotividad y la voluntad. En la segunda infancia comienzan a aparecer las tendencias individuales, cuya diversidad impone otra apropiada de métodos y medios de acción. En este punto M. Mignon insiste, con mucha razón, sobre el valor educativo de don ejemplo.

Una reciprocidad patética quiere que el niño se convierta a su vez en el educador del padre y la madre que le educan. Recordad a este propósito los nobles versos del gran Juvenal:

Maxima debetur puero reverentia. Siquid Turpe paras, ne tu pueri contempseris [annos.

Mas cuando el niño ha crecido nos enfrentamos con un adolescente y encontraremos en él el más delicado de nuestros problemas: el problema de la pubertad. En este punto M. Mignon

coloca hábilmente la conocida hipótesis de Freud acerca de la *libido* o la *pansensualidad*. Tiene, desde luego, su parte verdadera; pero es preciso reducirla a fenómenos casi mórbidos. El sabio vie-
nés no merece por ello menos nuestro reconocimiento por haber llamado la atención de los pedagogos sobre un dominio que un falso pudor ha dejado en la sombra hace demasiado tiempo. Es necesario establecer una educación sexual; pero sus principios no podrán ser otros que los que se han dado para la educación psíquica, cuyas reglas, según comprueba y lamenta M. Mignon, permanecen aún imprecisas en su codificación. Sin embargo, han sido logrados muy interesantes esfuerzos, tales como el de M. Vaney, del cual nos da un

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

minucioso análisis, y el del Dr. Vittoz, de Lausania. Los procedimientos de este último revelan la terapéutica mental. Pero su aplicación a los niños y adolescentes es evidentemente posible, y su programa mismo indica lo bienhechor que resultaría un registro de las sensaciones, de los movimientos, de las imágenes de las corrientes nerviosas y de las ideas.

Es muy interesante señalar que este análisis preliminar del carácter, considerado como indispensable prólogo en todo ensayo de educación, se encuentra prescrito por varios de los grandes filósofos de la antigüedad, notablemente por Pitágoras, del cual nos cuenta Aulugelle que antes de admitir un adulto en su escuela le hacía un examen de los pies a la cabeza, preguntándole acerca de sus pensamientos, sus instintos y sus aptitudes. Se interesaba por saber las más íntimas particularidades de su vida y tomaba cuenta aun de los rasgos más característicos de su fisonomía antes de recibirle en su colegio de educandos, considerado como el modelo de los que él había visto en Egipto. Sin duda alguna él había copiado de esta antigua civilización, madre de todas las sabidurías, estos detalles de prueba inicial. Por otra parte estaba al corriente de la ciencia psicológica de su tiempo, empírico entonces, al contrario que el nuestro, enriquecido por la historia, por los

ELIXIR BERTRAN

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

viajes, la fisiología y sobre todo por la observación de las enfermedades del espíritu, hasta el punto de ser permitido un diagnóstico casi infalible de una constitución mental. M. Mignon, en la segunda parte de su libro, consagrado a la educación religiosa, insiste particularmente acerca de la utilidad que sacarían los directores de las conciencias de un conocimiento técnico de esta especie de geografía espiritual, si se nos permite llamarla así, que los psiquiatras han establecido. Es menos determinista que lo era mi grande amigo, el profesor Grasset, de Montpellier; pero ya que el hombre sea libre debe cuidarse de que el ejercicio de esta libertad sea incondi-

cional. ¿Quién ha dicho, pues, nosotros somos libres del primer acto, pero somos esclavos del segundo?

Esto es lo mismo que asegurar que nos encontramos permanentemente en el trance de escoger entre los deseos determinados por nuestra elección. Edu

Lactofitina: reconstituyente infantil.

car a un niño es lo mismo que enseñarle a escoger bien; pero para ello yo vuelvo al problema mismo planteado por monsieur Mignon, que es preciso conocerle, saber de qué es capaz, a qué desfallecimientos se encuentra expuesto y hacia qué elección, frecuentemente funesta, es naturalmente inclinado.

El gran servicio que puede prestar este libro, vuelvo a repetirlo, se marcará en los maestros, invitándoles, laicos o no, a considerar en los mismos de que están encargados, personalidades que no basta con desarrollar física, intelectual ni religiosamente, o, mejor dicho, que no puede desenvolverse con las probabilidades de un feliz resultado más que penetrando bien en su carácter y educándoles, en primer lugar, psicológicamente.—M. P.

SEDALMERCK

Antipirético Analgésico

EL VERDADERO modo de vengarse de un enemigo es no asemejarse a él.

MARCO AURELIO.

**

EN LAS MONTANAS de Imetea (Venezuela) hay una cascada de una grandeza y altura maravillosas.

Un anchísimo río llega al borde de una cresta de rocas y se precipita desde una altura de 1.600 pies, rompiéndose en la caída en varias espumosas corrientes, que después se reúnen en el fondo, donde el río vuelve a tomar su curso rápido y tan estrecho en algunos puntos, que el agua refluye formando remolinos e imposibilitando toda tentativa de navegación.

**

LA TOLERANCIA es casi siempre equivalente a la sabiduría, pues con frecuencia las opiniones o actos que nos parecen merecedores de condenación tienen causas que los justifican o disculpan.

**

—USTED me dijo que sacara la lengua, doctor, pero no la ha mirado ni una vez.

—No, señora. Quería tan sólo tener tiempo para escribir la receta sin ser interrumpido.

Accidentes del trabajo que han ocurrido en el año 1929.

DATOS OFICIALES

Según las estadísticas oficiales, los accidentes del trabajo ocurridos en España en 1929 y las sumas pagadas por las Compañías y Sociedades mutuas, son los que se consignan a continuación:

Por muerte, 491 casos; cantidades indemnizadas, 1.445.913 pesetas.

Incapacidad permanente absoluta, 102, 333.785.

Idem id. relativa, 3.784, 2.847.467.

Idem temporal, 214.860, 17.365.800.

Totales: 219.237, 21.992.965 pesetas.

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

Han trabajado este ramo 28 Compañías de seguros y 50 Mutualidades.

Con relación al año 1928, se registran diferencias que consideramos oportuno señalar.

Los accidentes que han originado la muerte del asegurado han disminuido en 23, y las indemnizaciones correspondientes en pesetas, 102.108.

Las incapacidades permanentes relativas han disminuido en siete casos, y las indemnizaciones en 79.163 pesetas.

Las incapacidades temporales tuvieron en 1928 un aumento de 37.608, que repercutió en las indemnizaciones por 3.952.796 pesetas. En 1929 se registra un nuevo aumento de 17.149 casos y pesetas 1.622.515.

La incapacidad permanente absoluta aumentó en 1.466 casos y en una suma de 166.336 pesetas.

Estas cifras merecen que se estudien con interés por las Compañías interesadas, pues en definitiva, los casos de accidentes sufren un aumento de 18.585 por una suma de 1.607.530 pesetas.

La Compañía de accidentes que más indemnizaciones ha tenido que sufragar ha sido La Préservatrice; tuvo 23.807 accidentados, a los que abonó la suma total de 2.576.951 pesetas. Entre estos casos hubo 61 de muerte (172.485 pesetas), 346 de incapacidad permanente relativa (627.335 pesetas) y 22.900 de incapacidad temporal (1.777.131 pesetas).

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

ELIXIR CALLOL

—¿SEGUIRE bebiendo, o no seguiré? La cabeza me dice: —no; el estómago me dice: —sí. La cabeza es más prudente; el más prudente cede. Ergo, seguiré bebiendo.

**

EL PUDOR, la sencillez y la naturalidad son tres grandes joyas cuya oportunidad nunca pasa.

**

—¿POR QUE se sorprendió Goliath cuando David le hirió con una piedra en mitad de la frente?

—Es que jamás le había entrado nada parecido en la cabeza.

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

VACANTES

Por renuncia, la de m. t. de Villayas y sus anejos Jodra de Cardos, Ontalvilla, Fuentegelmes y Lodares del Monte (Soria), partido judicial de Almazán, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.100; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 22 de Abril.

Datos.—V. con Ay., a 17 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y 52 de la c. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Sotose-rano (Salamanca), partido judicial de Sequeros, con el haber anual de 1.250 pesetas. Población, 731; categoría, 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 22 de Abril.

Datos.—L. con Ay., a 12 km. de la c. de p. y 70 de la c. La est. más próx. a 20 km. Río Alagón.

—Por renuncia, la de m. t. de La Codofiera (Ternel), partido judicial de Alcañiz, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.223; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 22 de Abril.

Datos.—V. con Ay., a 16 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y a 158 de la c.

—De nueva creación, la de m. t. de Macael (Almería), partido judicial de Purchena, con el haber anual de 3.000 pesetas. Población, 3.119; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 22 de Abril.

Datos.—V. con Ay., a 7 km. de la c. de p. y 150 de la c. por carretera. La est. más próx., a 4 km. Río Macael.

—Por renuncia, la de m. t. de Torrellas de Foix (Barcelona), partido judicial de Villafranca del Panadés, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.620; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 22 de Abril.

Datos.—V. con Ay., a 13 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. y a 65 de la c. Carr.



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.

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

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

Ayuntamiento de Madrid

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

Yodo, ácido 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)



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceraína.)

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

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

Laboratorios Ibero-Americanos PUY

CARNE VEGETAL

Es más alimenticia y digestible que la leche.

YODOS PUY

(SIN YODISMO)

Cada gota equivale a 5 centgs de yoduro potásico (vía gástrica/ Hipodérmica. Aceite yodado simple. Aceite yodado guayacolado

HIVERICA

Tratamiento de la LITIASIS

Hígado. — Vejiga — Riñones. — Cálculos.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

Composición nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tiroidina. Muestras y folletos a los Sres. Médicos.

LABORATORIO PESQUI
Alameda, 17. — SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa.)

ALMORRANAS



Producto español a base de Hamam-virg.^a. *Æsculus 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.

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Proyecto de clasificación de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Alava, según lo preceptuado en la Real orden de este Ministerio, núm. 1.337, de fecha 5 de Diciembre de 1928:

DISTRITO DE VITORIA

Vitoria, once plazas, 1.^a categoría.

Alegría, Gama, Elburgo, Argomániz, Gaceta, Añua, Hijona (Elburgo), Acilu, Jáuregui, Arrieta, Troconiz (Iruiz), Aldana, Ullívarri, Chinchetru (San Millán), Echavarri y Urtupia (Barrundia), una íd., 3.^a íd.

Salinas de Añana, Barrón, Basquifuelas, Vitoria, Arreo, Paúl y Villambrosa (Ribera Alta), una íd., 3.^a íd.

Aramayona, dos íd., 3.^a íd.

Arroyabe, Arrazúa, Ubarrundia, Azúa, Larrinzar, Mendiábal y Nanclares (Gamboa), una íd., 3.^a íd.

Asparrena, Araya, Eguino, Ildunya (Asparrena), Albéniz (San Millán), Arriola, Gordoia, Amézaga, Urabain, Ibarguren, Andoaín (Asparrena), San Román, Eguiluz, Vicuña y Galarreta (San Millán) y Zalduendo, dos íd., 3.^a íd.

Barrundia, Ozaeta, Elguea, Urizar, Maturana, Guevara, Etura, Audicana, Zuazola, Larrea y Hermua (Barrundia), Mendijur, Orenín, Garayo, Zuazo y Marieta (Gamboa), Aspuro y Narvaja (San Millán), una íd., 3.^a íd.

Cigoitia, una íd., 3.^a íd.

Cuartango, una íd., 3.^a íd.

Foronda, Apodaca, Echavarri-Viñay, Mendarozqueta, Cigoitia, una íd., 4.^a íd.

Iruraiz, una íd., 4.^a íd.

Mendoza, Estarrona, Tres Puentes (Mendoza), Hueto arriba y Hueto abajo, y Martioda (Los Hueto), una íd., 4.^a íd.

Marquinez y Arlucea, una íd., 4.^a íd.

Maestu, Araya, Apellaniz, Corres y Lamiria, una íd., 3.^a íd.

Nanclares de la Oca, Montevite, Ollávarre (Nanclares), Subijana de Alava y Zumelzu (Vitoria), Arñez (Arñez), Villodas (Iruña), una íd., 3.^a íd.

Ribera Alta, Anúcita, Antezana, Mimbredo, Valle de San Miguel, Arbigano, Caicedo, Castillo, Ereña, Lasierra, Nuvi, Pobes y San Miguel (Ribera Alta), Subijana (Subijana Morillas), Escota y Artaza (Lacozmonte), una íd., 3.^a íd.

(Continúa en la página siguiente.)

nos sentada siempre y se le administrarán preparados de opio como en la forma anterior.

La rotura prematura de las membranas es la que se produce antes de que se hayan iniciado las contracciones uterinas. También suele presentarse en los tres últimos meses del embarazo, pero es lo más corriente que ocurra cuando se va a iniciar el parto, de modo que el adjetivo de prematura no procede de que ocurra en un período precoz de la gestación, sino de que no ha llegado el momento oportuno para la rotura todavía, es decir, el momento en que por las contracciones uterinas se ha producido una suficiente dilatación del cuello del útero. Se traduce esta rotura por la salida brusca de líquido amniótico, en la mayoría de los casos en cantidad abundante, sobre todo si la mujer se encuentra de pie.

En otras ocasiones, y seguramente porque la rotura tiene lugar en una parte más alta del huevo, el flujo de líquido es más lento, la cantidad menor; la mujer se queja solamente de que se encuentra húmeda, y hay que explorar con cuidado la parte posterior de la camisa para poder descubrir indicios de la mancha que el líquido produce. Las pérdidas de líquido son siempre mayores en posición vertical que en la horizontal.

El sitio de la rotura suele ser la parte más baja del huevo, de forma que al expulsarse el feto sale por ella, pero otras veces puede estar situada más arriba y formarse una bolsa de las aguas en sitio normal, quedando la rotura de esta bolsa independiente de la que se produjo de un modo prematuro. Varía mucho el tiempo que tarda en producirse el parto a partir del momento en que se han roto las membranas. Cuanto más avanzado se encuentre el embarazo tanto más pronto se inicia aquél, de forma que en muchos casos la rotura prematura no es sino el preludio del parto, que comienza pocos minutos más tarde. Pero en otras ocasiones puede persistir el embarazo durante algunas semanas.

En cuanto al pronóstico, sabiendo que es incompatible con una continuación larga del embarazo, puede deducirse que si la rotura se hace en los últimos meses, poco se alte-

dado de la pared uterina. Además había una zona aproximadamente circular, de unos 6 a 7 centímetros de diámetro en que la caduca estaba despegada de la pared uterina y en la que se veía una escasa cantidad de líquido semejante al contenido en las otras dos bolsas. Era indudablemente el origen del líquido que había perdido la enferma algunos días antes y la expulsión de éste había tenido lugar a partir de la bolsa por una despegadura que se extendía hasta el cuello del útero. En la actualidad se tiende a admitir que el despegamiento es la consecuencia de la exudación de líquido y que ésta procede de una inflamación de la mucosa uterina, es decir, de una endometritis serosa. Por este motivo se encuentra la hidrorrea mucho más a menudo en las multíparas que en las primíparas.

La mujer no presenta síntomas prodrómicos, sino que en cualquier momento empieza a sentirse húmeda. La cantidad de líquido que fluye suele ser escasa al principio, pierde como una o dos cucharadas de las de sopa, pero más adelante aumenta esta cantidad. Este líquido es ligeramente viscoso, carece de olor, apenas endurece la ropa, por lo que el diagnóstico del mismo suele ser difícil y contiene una escasa cantidad de albúmina. Cuando se seca en la ropa, los contornos de la mancha (que en sí es poco perceptible) suelen tener un tinte ligeramente rosado. El flujo no suele ser persistente; tras de vaciarse alguna cantidad de líquido, cede para reaparecer al cabo de algún tiempo y con intermitencias. Unas veces desaparece la hidrorrea en los últimos meses del embarazo, en otros casos persiste hasta el final o reaparece en el último mes después de haberse interrumpido durante uno o dos.

Al hacer el diagnóstico de la hidrorrea hay que tener presentes varias circunstancias. En primer término, es menester adquirir la seguridad plena de que la enferma se encuentra embarazada, lo que durante las primeras semanas no siempre es fácil.

La importancia de este diagnóstico salta a la vista si se tiene presente que podría tomarse erróneamente por hidrorrea el líquido que fluye de un útero canceroso, aumentado



de volumen precisamente por la presencia del tumor. En segundo lugar, una vez que se tiene la certeza de que se trata de un embarazo hay que adquirir la de la naturaleza del líquido. En efecto, algunas embarazadas pierden involuntariamente la orina; no suele ser difícil reconocerla, no solamente por el color de las manchas que deja en la ropa, que carecen del contorno sonrosado, sino, sobre todo, por el olor amoniacal que suele desprender. También es importante investigar si la enferma acostumbra a administrarse irrigaciones vaginales, porque sucede algunas veces en las primerizas que el periné es muy resistente y que hace como un fondo de saco; al ponerse una irrigación, el líquido no sale sino de una manera incompleta y el resto se va expulsando en cuanto la mujer se levanta. Claro está que basta estar prevenido de la posibilidad de este error para salir al paso del mismo, teniendo cuidado de vaciar bien la vagina, administrando la irrigación con una escasa cantidad de permanganato para reconocer el color, etc. Se investigará cuidadosamente si se trata del flujo vaginal, que se suele reconocer sin esfuerzo porque es espeso y de color amarillento o verdoso y por el estado de inflamación que se reconoce en las paredes de la vagina al hacer la exploración visual, en tanto que en la hidrorrea no se observa sino la humedad.

Por último, una vez que se han eliminado como causas de error los orígenes del líquido que hemos señalado, queda la determinación de si se trata de una hidrorrea decidual o amniótica.

El diagnóstico diferencial es casi imposible. Se inclinará el médico a pensar que se trata de una hidrorrea amniótica cuando la cantidad de líquido eliminado sea muy abundante, por ejemplo, más de 500 c. c.; cuando al poco tiempo de iniciarse se presente el parto o el aborto; cuando aparezca hacia el final del embarazo. Las condiciones contrarias harán pensar que se trata de una hidrorrea decidual. En los casos de hidrorrea decidual, el pronóstico es, en general, bueno para la madre y para el feto, no suele sufrir alteración el desarrollo del hijo y el parto se hace a su debido tiempo y

en condiciones normales. Pero en los casos en que la hidrorrea se repite con frecuencia y en que el flujo es muy abundante, puede ocurrir el aborto porque esta forma de hidrorrea es la consecuencia de una endometritis muy extensa que perjudica el desarrollo del feto.

El tratamiento se reduce a procurar que no se expulse el huevo antes de tiempo, para lo cual se tendrá a la enferma en reposo mientras exista el flujo aunque sea poco abundante. En caso de que existan contracciones uterinas, se combatirán por medio de los opiáceos. También ha dado buenos resultados el yoduro potásico.

La hidrorrea amniótica no debíamos tratarla aquí si hubiéramos de llevar a cabo de un modo riguroso la división que nos hemos trazado de procesos de cada una de las membranas. Sin embargo, la importancia que tiene conocerla para hacer el diagnóstico diferencial de las dos formas nos mueve a no separarla de la forma decidual. Bajo el nombre de hidrorrea solamente se deben comprender los casos en que el líquido amniótico escapa del huevo a través de las membranas sin romper, porque siempre que hay solución de continuidad se trata de una rotura prematura del huevo y no de una verdadera hidrorrea. No se sabe exactamente la causa de esta hidrorrea; el hecho es que unas veces parece como si el líquido filtrara a través del amnios y el corion se rompiera y otras veces como si se tratara de una verdadera exudación a través de ambas membranas.

Es excepcional que esta forma de hidrorrea se produzca durante los seis meses primeros del embarazo, en tanto que ocurre a menudo en los tres meses últimos; su pronóstico es algo más serio para el feto que la anterior, porque con frecuencia va seguida de la expulsión del huevo, lo que puede tener lugar en una época en que el feto sea todavía muy difícilmente viable. Lo más importante de esta forma de hidrorrea es que es difícilísimo diferenciarla de la rotura prematura de las membranas. El pronóstico, pues, es tanto más favorable para el feto cuanto más avanzado se encuentre el embarazo. Además, en cuanto se inicie se tendrá a la enferma en un reposo completo, si no en la cama, por lo me-

Ribera Baja, Armini6n y San Pelayo, una id., 3.^a id.

Salvatierra, Opacua, Arrizala, Alangua y Eguileor (Salvatierra), Alaiza, Langarica, Gaceo Guereñu y Ezquerecocha (Iruñaz), una id., 3.^a id.

San Millán, Dallo Heredia (Barrundia), Zuazo, Luzuriaga, Ordoñana, Mezquia, Munain y Ocariz (San Millán), una idem, 3.^a id.

San Vicente de Arana, Orbiso, Oteo, Antoñana, Alda y Contrasta, una id., 3.^a id.

Villarreal, una id., 3.^a id.

Zuya, una id., 2.^a id.

DISTRITO DE AMURRIO

Amurrio, Larimba y Saracho (Lezama), Echegoyen (Ayala), una plaza, 3.^a categoría.

Arciniega, una id., 3.^a id.

Llodio, dos id., 3.^a id.

Valdegovia, Alcedo, Espejo, Bachocabo, Barrio, Taesta y Villamaderre (Valdegovia), una id., 4.^a id.

Villanueva, Nogarro, Osma, Gurendes, Caranga, Astulez, Mioma, Quejo, Pinedo, Carcano, Fresneda, Guinea, Villamañe y Bellogin (Valdegovia), una idem, 4.^a id.

Valderejo, B6veda, Quintanilla, Valluerca, Tobillas, Acebedo, Basabe y Corro (Valdegovia), una id., 4.^a id.

Urcabustaiz, una id., 3.^a id.

Lezama Inoso (Urcabustaiz), Altuve y Olorroga (Zuya), una id., 3.^a id.

Ayala, Añes, Pe6tegui, Costera, Ervi, Lejarzo, Luj6, Madaria, Maroño, Menagaray, M-noyo, Oceta, Retes, Salmant6n, Sojo, Quejana y Zuazo (Ayala), una idem, 3.^a id.

Respaldiza, Izoria, Aquifiga, Luyando, Olavezar y Murua (Ayala), una id., 3.^a id.

Oquendo, Marcuarto y Oleciaga (Llodio), Zueza (Ayala), una id., 3.^a id.

Berguenda, Caicedoyuso y Leciyana (Salcedo), una id., 4.^a id.

DISTRITO DE LAGUARDIA

Laguardia y Paganos, dos plazas, 2.^a categoría.

Villabuena, Baños de Ebro y Samaniego, una id., 4.^a id.

Barantevilla, una id., 2.^a id.

Elciego, una id., 3.^a id.

Elvillar, una id., 4.^a id.

Lanciego y Cripán, una id., 3.^a id.

NUEVO INVENTO ALEMAN

PASTA BLANCA IDEAL MARCA GRIP-FIX

La pasta para pegar papel, cart6n, etc6tera, de la mayor fuerza de adhesi6n y rapidísimo efecto.

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

UNICA PASTA BLANCA LIMPIA, HIGIENICA, DESINFECTADA

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

PRECIO:

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

Las enfermedades del
Est6mago e Intestinos
dolor de est6mago, dispepsia, acedias y v6mitos, inapetencia, diarrea, úlcera del est6mago, etc., se curan positivamente con el

ELIXIR ESTOMACAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso t6nico digestivo que triunfa siempre.
Venta: Principales farmacias del mundo.

ANALISIS

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

Laboratorio del Dr. E. Ortega,
sucesor del Dr. Calder6n.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

Labastida, una id., 3.^a id.

Lagrán y Pipa6n, una id., 3.^a id.

Leza y Navaridas, una id., 4.^a id.

La Puebla de La Barca, una id., 4.^a id.

Moreda, Barriobusto y Labraza, una idem, 3.^a id.

Oy6n, una id., 3.^a id.

Pefiacerrada, una id., 3.^a id.

Santa Cruz de Campezo, una id., 4.^a id.

Zambrana, Berantevilla y Portilla (Berganzo), una id., 2.^a id.

Y6cora, Aldea y Poblaci6n (Navarra), una id., 2.^a id.

Bernedo, San Román y Quintana, una idem, 3.^a id.

Madrid, 14 de Enero de 1931. — El jefe del Negociado, *Ubaldo Trujillano*. — V.^o B.^o: el director general, *Palanca*. (Gaceta del 20 de Marzo de 1931.)

Correspondencia

administrativa . .

La correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa. La demás correspondencia se responderá en esta secci6n.

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

D. Antonio Rodríguez Lorenzo. Efectivamente teníamos un giro recibido de usted en el mes de Noviembre del pasado año. Como el nombre era ilegible y además estaba impuesto en Aranda de Duero, y usted reside en la provincia de Segovia, no podíamos sin datos aclarar el error. Gracias por su carta, y tiene pagado hasta fin de Diciembre 1930.

Giros recibidos desde el mes de Diciembre sin poder aplicar por falta de datos:

D. Antonio Pirez, Murcia.
D. Francisco Ferriz, Oviedo.
D. J. Hernando, Villablino.
D. Miguel Lirzu, Aria (Baleares).
D. Teodoro Galban, Avila.

D. Antonio Rodríguez Lorenzo. Pagado fin Diciembre 1930.

D. Pedro G. Moreno. Con las 8 pesetas recibidas tiene pagado hasta fin de Abril de 1931.

(Continuará).

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

El Mas Poderoso - El Mas Científico - El Mas Racional.

MEDICACION
LA MAS EFICAZ
PARA EL TRATAMIENTO
DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS
ANEMIA
ENFERMEDADES DEL ESTOMAGO
NEURASTENIA
RAQUITISMO
ESCROFULA
LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS
DEBILIDAD

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN
*Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Élève de l'Institut Pasteur*
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits "Scientia" 21, rue Chaptal - PARIS

· ESCROFULA · RAQUITISMO ·

CARIAS DENTERIAS · TOS · DEBILIDAD · LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS



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*. — Crónica académica, por el *Dottore Balardo*. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Congresos en Valencia. — Real Academia Nacional de Medicina. Programa de premios y socorros para 1932 y 1931. Ensayos terapéuticos en la blenorragia aguda. — *Gaceta de la salud pública*: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Correspondencia. — Vacantes. — Por las Clínicas de Europa. — Tertulia médica. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Desórdenes, expectación y necesidad de energía.

Al más habituado por la experiencia, al mejor orientado por la voluntad y al más independiente por su espíritu azeado al estudio de las arduas cuestiones de la enseñanza, quisiéramos poner hoy en el difícil caso de enterar sosegada y rectamente a sus amigos de lo ocurrido en Madrid durante los últimos quince días y especialmente de los trastornos de orden público de origen universitario que han dado lugar a sucesos luctuosos y deplorables que resultan a la hora de hoy lo único que con exactitud puede afirmarse. Interrupciones de una expectación confiada por todo el mundo, supuesta la significación del Gobierno nuevamente formado; fundadas esperanzas en la personalidad imparcial, distinguida y equiparada del nuevo ministro de Instrucción pública por sí y como miembro de un Gobierno de la representación que como al actual se le concedía; todo esto hacía confiar en que los tiempos predictoriales, las intervenciones de los generales de puro paso, la administración de Callejo, indecisa y desacertada, la no más discreta ni mejor dirigida del famoso Sr. Tormo y todos los incidentes que entre unos y otros estudiantes habían surgido con promesas pacíficas, permitían creer que por esta vez el pretexto de la huelga estudiantil no tendría ni arraigo ni consecuencias. Pero por lo visto no se contaba con esos elementos permanentes que vienen siendo la verdadera causa de perturbación de la enseñanza en España y que a nuestro juicio son principalmente la errónea creencia de la intangibilidad e irresponsabilidad de los catedráticos y de las autoridades universitarias por una parte, y por otra de la tendencia perseverante a la huelga, la vacación y el holgorio, que patrocinado o no por los primeros se presenta casual u ocasionalmente en la que debiera ser vida normal del más importante de los servicios públicos.

¿Qué ha pasado? ¿Por qué los estudiantes, y sobre todo los que de ellos hablan de fueros universitarios y de independencia de la Cátedra, intervienen airadamente, manifestándose respecto a los fa-

llos de los tribunales de guerra y pidiendo nada menos que ampliaciones de la gracia de indulto que solamente a las Cortes con el Rey han sido dadas hasta ahora?

Si la Universidad quiere ser independiente, ¿por qué no quiere que lo sean los tribunales y las autoridades gubernativas? ¿Qué mayores condiciones de competencia pueden tener los catedráticos de ciertas materias, y sobre todo los estudiantes, para querer imponer su voluntad en la forma en que la Prensa refiere que en estos días se ha llevado a cabo?

Nosotros no somos sospechosos en haber defendido desde los tiempos más antiguos del constitucionalismo la independencia de la Universidad (no hasta el punto del fuero universitario, que para defensa de fueros siempre hemos sido demasiado demócratas); pero sí para el respeto de la libertad de la enseñanza, hoy convertida en un verdadero privilegio monopolizado y absurdo, que hace creer a unos cuantos improvisados maestros que ellos son la ciencia, son el orden, son la esperanza de la Patria, son todo, menos la obligación de asistir a sus Cátedras, vigilar a sus alumnos y ampararlos en las intromisiones evidentes que la desesperada propaganda revolucionaria lleva a cabo en estos tiempos, como reacción del espanto que tuvieron que sufrir pacientemente cuando suponían, ¡infelices!, que la Dictadura militar se iba a ocupar de ellos ni a molestarles ni en otra cosa que en pagarles billetes de ida y vuelta a países próximos y con escasa duración de ausencia en el destierro.

Si la cosa no fuera triste por haber llegado a los términos a que ha llegado, por haber costado vidas, interrupciones de estudios y espectáculos poco ejemplares, sería cosa de tomar en *chunga* a estos señores de las autoridades universitarias, que después de demostrar palmariamente que no ejercen la menor influencia sobre sus alumnos y que dan a sus actos visibles muestras de complicidad, quieren todayán que estos jóvenes mal aconsejados y peor enseñados ejerzan sobre los tranquilos transeúntes imposiciones que no saben lo que significan apedreando tranvías, matando guardia civiles y dejándose influir por evidentes elementos de desmán que

ningún Gobierno de ninguna significación y de ningún país ha tolerado jamás ni debe tolerar nunca.

Las cosas vienen de lejos; si alguien que se ve hoy en situación aflictiva, por lo ridícula, recordara lo que sensatamente le advertimos hace cosa de ocho o diez años, o tiene que ser muy cerrado a la razón y al arrepentimiento, o reconocerá discretamente la rectitud del consejo fraternal que entonces le dábamos, cuando acusaba de falto de valor cívico a unos estudiantes, entonces tranquilos, porque no se imponían a los catedráticos demostrando su juvenil indisciplina.

No es hoy ocasión de hacer cargos; pero sí de reflexiones. La enseñanza en España necesita muchas reformas en el personal, en el régimen y en la ordenación, en la intervención del Estado, en todo lo que viene siendo dejado verdaderamente en el arroyo por los que tienen el deber de levantarla y ensalzarla.

Aprendan los estudiantes lo que hoy les dice el nuevo rector Sr. Zabala: «Tu función es la de estudiar», y aprendan los improvisados estadistas pedagógicos que una cosa es demostrar aptitud para una operación quirúrgica o tocológica y otra el poseer el buen sentido y la cultura generalizada que deben suponerse en las autoridades universitarias, y que no siempre se encuentran, a pesar de las previsoras disposiciones de la ley vigente de Instrucción pública, que no confundió jamás el concepto administrativo y gubernativo de los centros docentes con la capacidad doctrinal o pericial de las materias que se enseñan. ¿Por qué ha de suponerse que un catedrático de Literatura, de Terapéutica o de Mecánica racional ha de ser un buen rector o un discreto decano? ¿Es que el diagnóstico de las presentaciones del parto servirá de algo a un decano para suponer cuál será la presentación de un conflicto estudiantil? Porque el confundir estos dos conceptos hace que se crea que son de vértice, presentaciones que luego resultan de nalgas.

Libertad de la cátedra, escalafón respetado; pero remuneración por dietas de asistencia a los señores catedráticos.

Exámenes independientes del catedrático oficial. Libro de texto sometido a los consejos universitarios. Programa y aun cuestionario único y gratuito.

Todo esto muy bien retribuido; muy garantiza la vejez y el retiro del maestro, pero apartamiento absoluto de éste de todo lo que no sea función EFECTIVA, pero comprobadamente EFECTIVA, de la materia para que mostró su capacidad, no el derecho alodial de un disfrute absurdo e inverosímil.

*
* *

A última hora anuncia la Prensa que el señor Recasens ha presentado la dimisión con carácter irrevocable del Decanato de la Facultad de Medicina.

DECIO CARLAN

CRONICÓN ACADÉMICO

La intersexualidad y el regodeo científicoide.

Ex illo Corydon, Corydon est tempore nobis.

(Virg. E. VII.)

Durante los días 21 de Febrero y 14 y 21 de Marzo, la Academia ha consumido la mayor parte de sus sesiones PÚBLICAS en discutir nuevamente el tema de la intersexualidad.

Decía Víctor Cherbuliez (1) que, mismo no sea de nuestro gusto, preciso es estar con nuestro tiempo y fuerza que, aun para injuriarle, le hablemos con su propio lenguaje. Cherbuliez lo decía en pulida prosa francesa y a causa de D. Serafín Estévez Calderón, y yo voy a aquí a seguir su consejo en mal romance y por motivo de la última sesión literaria de la Real Academia Nacional de Medicina; sesión que bien pudiera glosarse en un diálogo habido entre el dilettantismo y la polarización, ambos de tan mal consejo; mas esto acaso fuera demasiado serio, y así decido redactar esta crónica, un poco espinosa, en romance trovado, intitulándola

COPLAS DEL DOTTORE BALOARDO SOBRE LA CONTAGIOSA Y MALDITA PESTE DE LA INTERSEXUALIDAD: SU ESTORIA Y MEDICINA.

Fue por los tiempos de Mari-Castaña;
en tierras de Caria que ancho lago bafia,
Hermes Afrodito, hermoso y sencillo,
triscaba contento como un corderillo;
Vivía inocente, porqu'este señor,
con sus quince abriles dentro del bolsillo,
non tenía nada de *castigador*.

Tenía, sí, altivo, retador el gesto,
e de la su madre mucha fermosura
e del padre gueto por la aventura
e, *con esto*, todo lo demás bien puesto.

Mas diz Pero Sánchez a Hernando de Vega (2)
y lo que allí disce ningún lo niega,
que de Caria el estanque era encantado,
e agora oiréis el triste resultado.

Viendo tan claro el agua, Hermafrodito
sintió de darse un baño el apetito,
sin saber que del agua e de la ciencia
lo claro sólo es el apariencia.

Cuéntanse por millares de millones
los incautos varones
que cegados del brillo
deste u aquel librillo
que interpreta un puñado de opiniones,
dan por segura la verdá aparente
y se atracan del agua de tal fuente
hasta dejarse en ella... las razones.

(1) *Profilis étrangers*-Paris-Hachette.

(2) Las transformaciones de Ovídic, en lengua vulgar castellana, por el Licenciado Pedro Sánchez de Viana, dirigidas a Hernando de V. ga Cotes. Valladolid, 1589. Dos volúmenes.



Digalène

la más manejable de las preparaciones digitálicas

MEDICAMENTO de URGENCIA

INJECTABLE

DIURESIS RÁPIDA e INTENSA

ACCIÓN CONSTANTE y CERTA

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

SOLUCIÓN. AMPOLLAS
COMPRIMIDOS.



Muestras y literatura:
Productos: F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
21 Place des Vosges, PARIS

en todos los países de Europa y América. Véase el prospecto.

Todos los alcaloides del opio
solubilizados

PANTOPON "ROCHE"

Jarabe

*Calma la tos
apacigua el dolor
produce el sueño*

mejor y mas deprisa

que todas las otras preparaciones hipnóticas y calmantes.



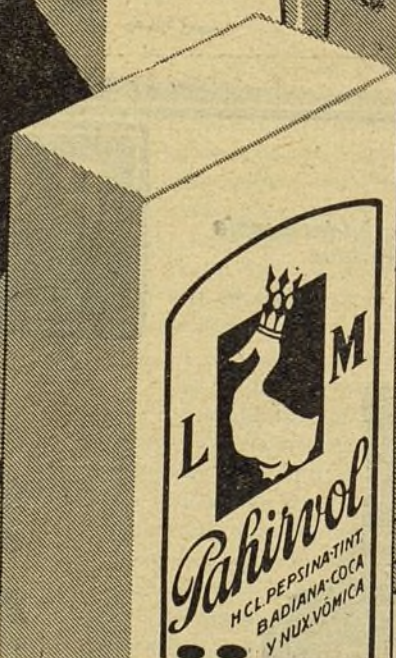
Dosis { Adultos : 1 a 4 cucharadas de las de sopa al día
medias { Niños : 1 a 4 cucharadas de las de café al día según la edad.

Muestras y literatura
sobre pedido

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

Representante: A. Arana, Claris 80, Barcelona.

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO — SABOR GRATÍSIMO — TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Tened por prevenido
que en las aguas de ciencia y de laguna
siempre hay *gato escondido*
y quien se mete por demás en una
puede salir en otro convertido.

Volviendo al cuento que mi verso explica
sabréis qu'era el estanque de una chica
que al nombre de Salmacis acudía
y que, siendo de sangre un poco inquieta,
viendo al galán que en cueros se ponía,
un tanto majareta
agarra al mozo y contra si le aprieta.

Landino inquiera, Orologio inten a
explicar de Natura tal secreto,
Aristo e Hipócras entran en cuenta,
Herodoto comenta
y la Iglesia se mete en tal aprieto.

El Arte... ¡Bueno fuera
que del Arte el cincel o los pinceles
o la lira, en aquesto no anduviera!
Cosas el Arte ha hecho
a las que sólo ÉL tiene derecho.

Mas en esto del Arte
forzoso es que faga aquí un aparte,



Hermafrodito, al que cogió de susto
aquella... Putifara... tan ondina,
non la falló a su gusto;
el agua estaba fría, el tiempo adusto...
... el fin fué una carrera sin propina.

Por vengarse de rato tan perdido
Salmacis, ¡oh, mujer!, decide al rato
convertir al galán todo sentido
faciéndole a la vez hembra e marido...

¡Ya véis cómo en el agua había un *gato*!

Desta leyenda que la pluma quema,
parte, a través del tiempo e de la historia,
la intersexualidad, viejo problema
por el que muchos toman nombre y gloria.

porque Arte no es todo
lo que el Arte retrata..., sino el modo.

Por ejemplo de tal
hemos de hablar aquí de Cardenal,
quien tiene buena mano
para ser un artista cirujano,
mas que en Artes de ingenio y de moral
de burdo modo su torpeza aplica,
pues le llama problema colosal
a decirle que no es chico ni chica
al caso que operó en el hospital.

Insigne cirujano: no hay razones,
aunque lo apoyen doce Marañones,
que impidan, al que sabe sus deberes,

evitar que en los tratos sexuales
se mezclen con los hombres y mujeres
seres excepcionales
que para nada sirven como tales.

por la salaz curiosidad prendidos
en feriales, conventos, lupanares,
cuarteles, hospitales y lugares
aun mejor elegidos.



LA BATALLA en que perdió Hermafrodito su individualidad biológica, interpretada por el FORMIDABLE artista Picar, llamado El Romano, a finales del siglo XVII. (Reproducción de Baloardo.)

Otra cosa es placencia
en dar hilo a torcer a la indecencia,
pues sólo así se llama
exponer al amor que les convida
hembras sin paso acogedor del que ama,
hombres sin el impulso que da vida.

Pues pese a Van de Velde, tan ameno,
y a tantos pornográficos estetas,
la perfecta coyunda no es la cama;
se ayunta porque se ama
y se ama lo que es noble, hermoso, bueno;
lo demás sólo es cieno
bueno para historietas
o para revolcarse complacidos
quienes tengan sentido sin sentidos.

Además, Arte aparte,
el problema del mal de los escitas
es vulgar; miles de años conocidos
sus deslices en Marte,
sus crímenes, sus chaecos y sus cuitas,

Los sabios, siempre inquietos
por burlar de Natura los secretos,
dieron mil pareceres,
unos serpiginosos e otros retos,
sobre el triste problema de estos seres
que tienen cosas de hombres y mujeres.

El cabalgar, el clima, el reumatismo,
el vino sin medida, el onanismo,
el hormón H o B; los dos en junto...
De Hipócrates a Lipschütz, este asunto
del intersexualismo
siempre ha sido lo mismo,
cada cual en su punto.

El discreto estudiar deste delito
de la casta, es humano y honra al hombre
e resulta exquisito,
dentro el límite casto de la ciencia,
consumir el cerebro y la paciencia
por dar algo a la causa más que un nombre.

Pero si ello es bien cierto,

Jarabe de

Probado clínicamente en

REMINERALIZACIÓN

VITALIDAD

ENERGÍA



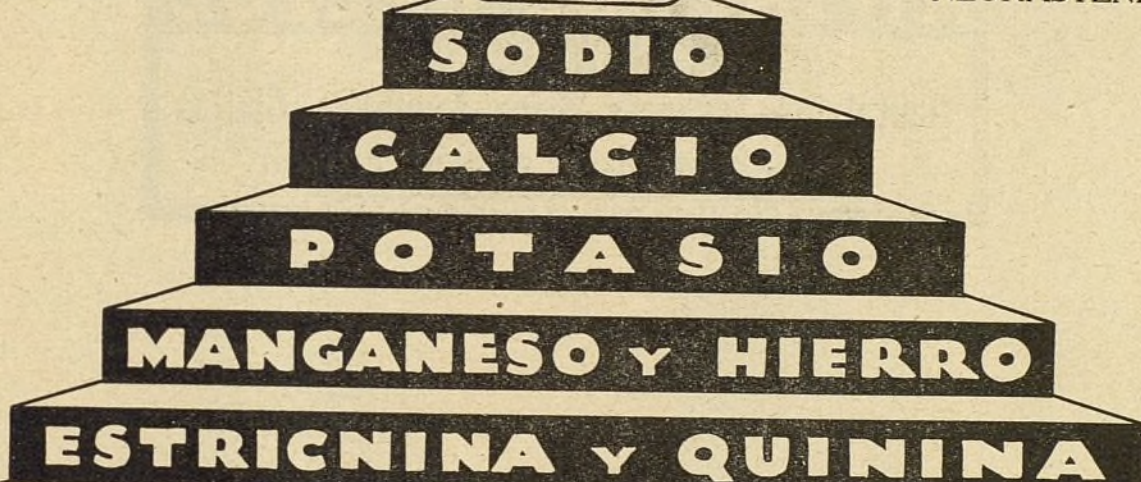
FELLOWS

todas partes del mundo

DESMINERALIZACIÓN

CONVALECENCIA

NEURASTENIA



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

Si no es Schering no es Urotropina

HEIMBECK



Una vez más recordamos a los Srs. médicos este hecho. Hace más de 30 años fué introducido en la terapéutica este producto cuyo nombre Urotropina no supone una desinencia química sino que es

MARCA REGISTRADA

en todos los países del mundo. Tan larga experiencia de fabricación siempre efectuada con las mejores materias primas y según los más perfectos métodos de elaboración y de control garantizan su inmejorable pureza química y su excelente acción terapéutica libre de efectos secundarios. Para evlitar con seguridad que a sus enfermos les sea entregado un sustituto de dudosas cualidades no olvide hacer constar en sus recetas: Urotropina Schering en tubo original de 20 tabl.

Productos Químicos Schering S. A.,
Apartado 479, Madrid.



Ayuntamiento de Madrid

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Asociación
Digitaina-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

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.

Ayuntamiento de Madrid

el insistente trato, el alborozo
de divulgar tal salsa, que hoy advierto,
sólo es torpe retozo
de un estado social que huele a muerto.
Nada es nuevo en el ya. Tan sólo el modo



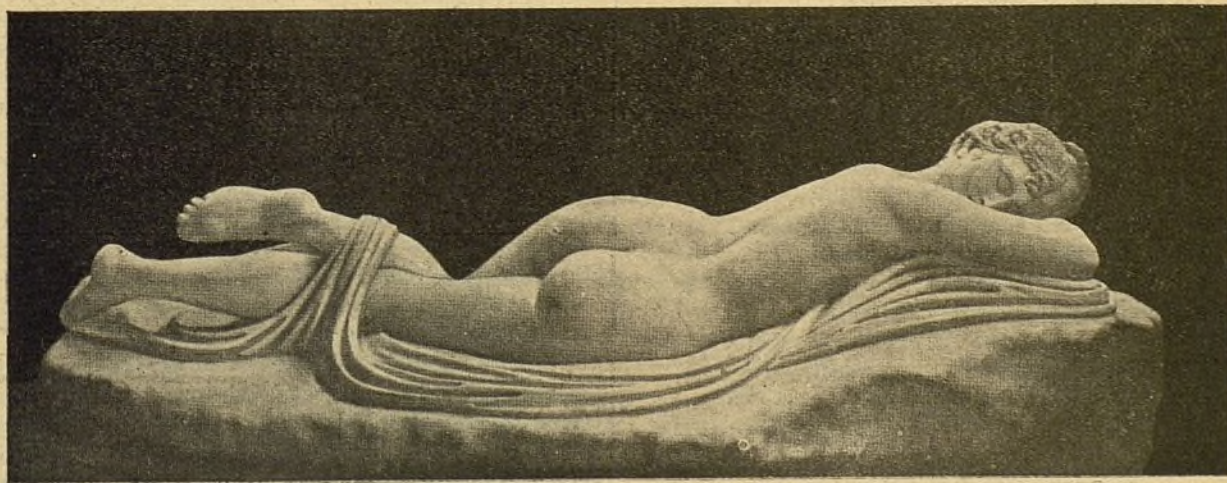
Museo Nacional de Nápoles.
Hermafrodito. (Fresco pompeyano.)

de especial regodeo
con que tema tan feo
se borda hoy al realce, haciendo lodo
lo que es polvo y es llanto, y a su amparo
decir sin gran empacho ni reparo



Museo Nacional de Nápoles.
Hermafrodito.

que, pese a sus hormonas,
pueden servir como hembras los varones.
Sin descender del tema a lo que aterra
ya es bastante también
que un Consejo de guerra



Museo Nacional de Roma.
Hermafrodito en CLINOPOSICION.—Esta reproducción es del que se expone en el Louvre de París;
al de Roma le falta la pierna izquierda. (Baloardo)

llame abogado a la señora Ken,
y no es cosa de broma
que D. Angel Osorio, el gran letrado,
pueda acabar sus días contratado
de modelo en la Casa de Lacoma.

Razón tenía el Conde de Gimeno
al romper la cadena, airado el tajo,
no se puede admitir que el vicio heleno
se exponga a la luz pública de pleno
pudiéndole curar con un vergajo.



Palacio de los Conservatorios. (Roma.)
Hermafrodito LUMINOSO

El seráfico sabio que defienda
con los ojos en blanco y tremolante
que todos somos mezcla tan chocante,
sus razones tendrá; mas no pretenda
que el vulgo las admita tan campante,

No se puede afirmar ante el complejo
de la biología, en tanto ignota,
que lo que ocurre dentro del pellejo
lo ocasiona una gota
sin tomar de la masa otro consejo.

El simplismo en la ciencia es cosa ingrata
que sólo engaña al torpe o al osado,
y es fazaña insensata
romper lanzas de más por un estado
que bien está en las ferias colocado.

Así pues, basta ya. Cese el empeño
de explicar con razones de paloma
los vicios de Sodoma
y hacer huertos floridos con ensueño
y ramas secas de podrido leño.

DOTTORE BALOARDO.

22 de Marzo de 1931.

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 23 de Marzo de 1931.

Presidente, Sr. Lafora.

Continuación de la discusión de las ponencias sobre
«litiasis biliar».

Dr. Fontes Blanco: Habla de la influencia de la coles-
terinemia en la patogenia de la litiasis biliar, insistiendo
sobre la coles-
terina de origen exógeno por estimar su mar-
cada importancia, no sólo para el estudio de la patogenia,
sino en el tratamiento de la litiasis biliar, pues aunque la
hipercolesterinemia de origen exógeno o alimenticio puede
ser producida por aporte directo de coles-
terina, tiene ade-
más marcada influencia sobre la producción de dicha sub-
stancia en el organismo, actuando quizás como verdadera
hormona excitante. Añade que si la coles-
terina ingresa en
el organismo procedente de carne y huevos, su acción es
más intensa que si penetra en forma de filoesterina proce-
dente de alimentos vegetales. Dice que tal vez sea necesaria
la acción de un factor coadyuvante para explicar la patoge-
nia de la litiasis biliar. Quizás el éstasis biliar o una altera-
da suspensión de la coles-
terina por falta de otros coloides,
o descargas eléctricas de causa desconocida, puntos no acla-
rados hoy.

Entiende debe persistir la denominación de litiasis, pues
hasta en los casos de ausencia de cálculos se ha comproba-
do la existencia de pequeños cristales de coles-
terina acom-
pañados de una substancia lipóide, hechos que justifican el
concepto y denominación de litiasis.

Dice que la radiografía es un procedimiento explorato-
rio, cuyos síntomas no debemos dejar de valorar, pero cu-
yos resultados no son de gran constancia.

Se muestra disconforme con la afirmación de que la
litiasis biliar no tiene tratamiento médico, exclusivamente
médico. No debemos conformarnos—dice—con quitar la ve-
sícula a un litiasico, sino que después se le debe someter a
un régimen médico en evitación de complicaciones más o
menos tardías después del acto operatorio.

Dr. Larrú: Expone la necesidad de concretar en las po-
nencias el radiodiagnóstico y el tubaje duodenal. Recuerda
que ya en 1921 el Dr. González Campo indicaba la impor-
tancia del radiodiagnóstico con motivo de un caso de cálcu-
lo gigante expulsado sin cólico hepático como el medio
más seguro, aunque el hecho de no verse el cálculo no po-
día llevar a negar su existencia.

Habla del perfeccionamiento del instrumental (películas
de refuerzo, tubo Coohdge, antidifusor, mejores transfor-
madores, etc.), que ha permitido un nuevo avance en el
diagnóstico de la litiasis biliar. Menciona un trabajo del
Dr. Yagüe, publicado en 1903, sobre el valor diagnóstico de
a radiografía, en el que se afirma que a mayor cantidad de
sales cálcicas mayor visibilidad.

Habla del método oral, que es inocuo y produce al enfer-
mo menores molestias y con accidentes casi nulos, siendo
necesario preparar al enfermo para que la vesícula tenga
un ritmo de concentración para tener después un ritmo de
evacuación. Considera como lo más importante el estudio
del ritmo de evacuación, es decir, la fisiología de la vesícula
biliar. Desde luego la técnica debe ser impecable. Dice que
la colecistorradiografía ha aumentado la visibilidad de los
cálculos biliares. El radiólogo debe estudiar la fisiología de

la vesícula biliar, las adherencias, su peristaltismo; explorar duodeno, ciego y colon. Termina proyectando varias radiografías.

Dr. Franco: Dice que no esperaba que el Sr. González Campo, al hablar del diagnóstico, concediese poca importancia a la exploración radiológica, cuyo valor extraordinario e insustituible no se puede negar.

Habla de la exploración radiológica de la vesícula biliar hecha sin preparación alguna o con empleo de substancia de contraste, desechando el empleo de la tetrayodofenolftaleína, aconsejando la exploración simple sin materia de contraste completada con el examen radioscópico del duodeno, aunque en algunos casos no se ven los cálculos menos densos que la unidad.

Expone los trabajos de Sandström (de Estocolmo) y su técnica por vía oral, demostrando la inalterabilidad de la tetrayodo administrándola en solución acuosa, aconsejando, de acuerdo con Fantus (de América), el empleo de agua mineral carbónica, pues se determina así una especie de solución coloidal que decolora la sal, haciéndola más aceptable para los enfermos.

Detalla la técnica seguida por él, habiendo conseguido, sin el menor contratiempo, en más de 200 casos, imágenes tan demostrativas como las obtenidas por vía intravenosa, sin los inconvenientes de ésta. En 60 casos, con imágenes bien contrastadas, perfectamente visibles por radioscopia.

Termina proponiendo que en las conclusiones de la ponencia figure la siguiente: «La exploración radiológica de la vesícula biliar, siguiendo las técnicas modernas, sobre todo el método de Graham, modificado por Sandström, constituye el medio más valioso e insustituible para el diagnóstico de la litiasis biliar y de la colecistitis en general. (*Proyecta varias radiografías.*)

Los Sres. Pontes, Larrú y Franco dedican, al terminar su intervención, algunas palabras enalteciendo la memoria del Dr. D. Luis Urrutia, en cuyo honor se celebra esta sesión especial de la Academia.

Dr. Carro: Rectifica. Empieza manifestando su gratitud a todos los que han intervenido en la discusión de las ponencias. En el tema «Patogenia», que le fué encomendado, no se podía aportar nada personal. No es cosa aclarada. Se han hecho estudios, recogido síntomas, valorada la influencia de determinados procesos. Se han inventado teorías, pero ninguna da una norma racional que satisfaga nuestros deseos. Desde luego—dice—, la litiasis biliar no puede ser considerada como enfermedad local. Es algo más trascendental. Se ha hablado de la tifoidea, pero esta fiebre es uno de tantos factores que pueden influir. Muchos han tenido fiebre tifoidea y no han tenido litiasis biliar. Puede contribuir como lo hacen la vida sedentaria y el reposo excesivo. También se ha hablado de relación entre la aquilia gástrica y el quimismo en los enfermos biliares. Dice que él no da importancia al quimismo, que en la patogenia no tiene influencia ninguna.

Alude a las cuartillas leídas del Dr. Urrutia, que fueron escuchadas por todos con gran emoción.

Afirma que, aparte de la influencia de la alimentación, existe un origen endocrino.

Refiriéndose a la intervención del Dr. Alberca Montoya, que dijo que los ponentes no habían expuesto nada nuevo, dice que eso se debe a que son cosas reservadas para cerebros privilegiados como el suyo, que tendrá seguramente su teoría inédita.

Termina afirmando que la patogenia de la litiasis biliar hoy es desconocida.

Dr. Vara López (de Burgos): Expuso un trabajo (ilus-

trado con proyecciones) sobre regeneración del cartílago articular.

Dice que en los animales superiores y en el hombre todos los tejidos que se forman a partir de la hoja mesoblástica tienen un gran poder de regeneración, excepto el cartílago. Hace una revisión de las diferentes experiencias hechas por diversos investigadores que han sido otros tantos fracasos. Expone sus experiencias en perros y en conejos. Utilizaba perros de siete a diez días, y practicaba la operación en la rodilla. El corte de la piel, en el muslo, a cierta distancia de la articulación, suturando después por planos y recubriendo la herida con un apósito muy adherente. De 14 perros se infectaron 2. Resume sus experiencias afirmando que cuando la herida del cartílago no es penetrante en la médula ósea y la pérdida de substancia es grande, el pericondrio prolifera rápidamente. Que las heridas penetrantes en médula ósea se caracterizan por la invasión de fibroblastos procedentes de la médula. Los bordes de la herida presentan una zona caracterizada por la falta de colorabilidad de los núcleos y otra zona en que las células han proliferado presentándose conglomerados celulares de 25, 30 a 40 núcleos, y, por último, que no existen variaciones acentuadas en la forma de presentarse el cartílago articular joven y el adulto.

**

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

Sesión del día 17 de Marzo de 1931.

Presidencia, Dr. Bejarano.

En primer término, el secretario de actas, *Dr. Tomás Bona*, da lectura al acta de la sesión anterior.

A continuación el *Dr. Sáinz de Aja* presenta un caso de actinomicosis cutánea de localización preferente en el cuello, en el que el tratamiento yodurado tuvo muy poca eficacia. Con este motivo hace resaltar la relativa frecuencia con que se comprueba la inespecificidad del tratamiento citado en las dermatomicosis. En este caso particular va a ensayar el tratamiento radioterápico.

Dr. Alvarez Cascos: Refiere algunos casos de su experiencia y propugna por la diatermocoagulación en los casos de resistencia a la terapéutica yodurada.

Dr. Sáinz de Aja: En su rectificación insiste sobre el valor de la radioterapia, sobre todo en este caso, donde las lesiones son profundas.

Seguidamente el mismo *Dr. Sáinz de Aja* presenta un caso de sífilis infantil adquirida en un niño de tres años que presenta lesiones genitales y una curiosa e intensa alopecia difusa. Fué contagiado por la nodriza.

Visto éste caso sin discusión, ofrece el mismo académico a la consideración de la Academia un caso de *pénfigo vulgar*. Comenzó hace unos meses por una lesión bucofaríngea que curó espontáneamente. Posteriormente ha aparecido un típico y extenso brote, especialmente en el pecho. En este enfermo no se pudo comprobar eosinofilia general, lo cual facilita extraordinariamente el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Duhring. Sin datos de infección sífilítica, presentó este enfermo una serología positiva. Para aclarar la posible causa de esta serología, seguramente inespecífica, piensa investigar la colesterinemia que pudiera en cierto modo haber dado lugar a ella. Para completar esta observación va a efectuar una determinación de la eosinofilia local, así como también una punción lumbar, con el doble objeto de hacer investigación serológica y observar el efecto que, como sobre otras dermatosis ampollasas, produce la simple extracción del líquido cefalorraquídeo.

Dr. Bertoloty: Da lectura a una extensa e interesante comunicación sobre las vesiculitis gonocócicas, que ya conocerán en extremo nuestros lectores al aparecer en estas mismas columnas. Afirma que la infección de estos órganos tiene una gran importancia en la patología general de la infección gonocócica. Son bastante más frecuentes de lo que afirman los libros y dificultan extraordinariamente la marcha del tratamiento. Pueden producirse por propagación directa o también por vía infática, a partir del epidídimo. La mejor profilaxis de estas infecciones vesiculares es evitar los lavados a presión. En lo referente al tratamiento, predomina tanto más el general sobre el local cuanto mayor sea la agudeza del proceso. Deben emplearse las sales de acridina y los enemas calientes. A continuación estudia las dificultades del cateterismo de las vesículas seminales, así como los métodos quirúrgicos de vesiculotomía y vesiculectomía.

Dr. Sanz Beneded: Felicita al comunicante por su completa y minuciosa comunicación sobre las vesiculitis gonocócicas. Considera por su parte poco frecuente esta afección, y la mayoría de las veces son producto de un tratamiento incorrecto. Se practica con exceso el masaje, sobre todo en los períodos agudos. Carece de personal experiencia sobre el cateterismo de las vesículas seminales, pues siempre le ha dado reparo practicar éste, tanto más cuanto que duda mucho de sus resultados. El masaje, por su parte, tiene indicaciones muy circunscritas.

Dr. Sáinz de Aja: Considera que desde el punto de vista práctico tienen más importancia las vesículas portadoras de gérmenes que las genuinas vesiculitis. La vesiculectomía es una grave y profunda intervención, siendo preferible en su criterio la ligadura de los conductos deferentes.

Dr. Bertoloty: En su rectificación agradece las valiosas aportaciones que se han llevado a la Academia con motivo de su comunicación. Insiste en la frecuencia de esta afección, que pudiera decirse que ataca a la mitad de los blenorragicos. En esto como en otras cuestiones su criterio personal no va de acuerdo con las afirmaciones de Janet. El masaje en muchas ocasiones es malo por actuar únicamente como un movilizador de gérmenes. Está de acuerdo con el Dr. Sáinz de Aja en que las vesiculectomías son intervenciones brutales que no ha practicado ni piensa practicar nunca. Estas vesiculitis tienen tendencia espontánea a la curación, si bien su evolución es larga y llena de peligros.

Dres. Bejarano y Enterría: Presentan una comunicación con motivo del caso ya presentado en la Academia con el nombre de «Leucemia cutis pseudoleprosa».

Con motivo de este caso han efectuado una completa remisión bibliográfica acerca de las dermatosis y sus relaciones con el sistema hematopoyético. Pueden agruparse éstas en tres grupos: 1.º Alteraciones de las células intersticiales: granulomas. 2.º Alteración de las células parenquimatosas; y 3.º Formas tumorales alejadas por completo del fin que se proponen en esta comunicación.

Se refieren a las segundas, en las que hay que distinguir los tipos de linfoides y mieloides, cuyos caracteres, estudiados primeramente por Virchow, fueron más tarde comprobados por Erlich. El carácter patognomónico es la proliferación parenquimatosa, pudiendo no existir alteraciones hemáticas. Esto da lugar al grupo de las llamadas pseudo-leucemias, en las que la cifra de leucocitos es normal o menor. Realmente estas afecciones deben ser estudiadas con el nombre de leucosis, que nada presupone acerca de alteraciones de la sangre.

Las dermatosis en relación con las leucosis pueden ser

inespecíficas, o sea sin caracteres determinados, y las específicas que adoptan unos caracteres precisos. Las primeras forman el grupo de las leucémides, en las que, de modo análogo que en el de las tuberculides, poco a poco van pasando al grupo de las afecciones específicas. Las segundas perfectamente estudiadas, pueden ser universales o circunscritas, las cuales no se diferencian apenas desde el punto de vista histológico.

Las formas circunscritas presentan un parecido a veces extraordinario con la lepra, como ocurría en el caso motivo de esta comunicación. Según los hematólogos, la facies leonina es más propia de las leucemias que de la lepra tuberosa.

Según todo lo expuesto, el caso presentado en otra sesión debe ser diagnosticado de *Leucosis cutis de forma pseudo leprosa*.

En lo referente a la terapéutica empleada en este caso, dicen que fué la radioterapia de bazo, dos sesiones con las que disminuyó el trastorno hematológico y se anotaron modificaciones en los casos. Sin seguir adelante, el enfermo abandonó espontáneamente el tratamiento, sin haber podido continuar.

Dr. Gay: Recuerda un caso de su observación personal y afirma como regla general que cuando existe una abundante leucocitosis no suelen presentarse manifestaciones cutáneas.—*Dr. M.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 17 de Marzo de 1930.

Presidida por el Dr. Mariscal.

El Dr. Decref expone a la consideración de la Sociedad los «Peligros del uso y del abuso de bebidas alcohólicas exóticas», whisky, cook-tail, vermouth, etc., que constituyen el tema de su comunicación; empezando por lamentarse de que la clásica y tradicional costumbre española de tomar las once, constituida por una simple copa de vino con su correspondiente tapa, haya sido substituida por bebidas alcohólicas nocivas hasta por las mujeres, que con ella coadyuvan a la degeneración de la raza, con detrimento de nuestros insuperables vinos, desde el punto de vista higiénico. Hace un documentado estudio comparativo entre los efectos del alcoholismo producido por el buen vino y todas las demás mixtificaciones alcohólicas hoy tan en uso, y saca de él la consecuencia de que a favor del vino están la economía y la higiene, en pro de las que se debe luchar.

El Dr. Mariscal interviene mostrando su absoluta conformidad con lo manifestado por el Dr. Decref.

El Dr. Yagüe recomienda se prohíba el despacho de las bebidas alcohólicas exóticas a las mujeres y a los niños por los desastrosos efectos que producen en sus organismos; y estima peligrosa la difusión en la Prensa de fórmulas para la confección de cook tail porque en su composición entran pequeñas, pero siempre peligrosas, cantidades de ácido cianhídrico.

La señora Reguera confía que la Prensa coadyuvará a que las mujeres se percaten y alejen de los peligros señalados por el Dr. Decref.

El teniente coronel, profesor de la Academia de Sanidad Militar, D. Agustín Van Baumbergen, disertó en la *Casa del Estudiante* acerca de «La Medicina y la Farmacia», haciendo hincapié en puntualizar las relaciones existentes entre ellas, y ensalzando a las mujeres que estudian sin perder su feminidad ni su carácter de madres.

INSTITUTO DE REEDUCACIÓN PROFESIONAL

El Dr. D. José Germain dió en el Instituto de Reeducción Profesional una importante y trascendental conferencia, que, avalorada con variadas proyecciones, puso bien de relieve el tema: «La fatiga industrial», que con prolijidad minuciosa y detallada explicó en todos sus aspectos y extensión, dando a conocer las investigaciones, comprobaciones y observaciones fundamentales de que como punto de partida se deducía la finalidad social de economizar el esfuerzo y eliminar la fatiga en toda clase de trabajos.

CONFERENCIA DEL DR. GARCÍA TRIVIÑO

En el local del Instituto de Reeducción Profesional y con asistencia de gran número de médicos, celebróse el pasado martes una conferencia del Dr. García Triviño sobre el tema «Las enfermedades en las vías respiratorias provocadas por el polvo».

Comienza el conferenciante haciendo resaltar la importancia que en estos últimos años han ido adquiriendo las enfermedades de las vías respiratorias producidas por los polvos industriales. Importancia que ha sido en gran parte estimulada por los avances científicos de la legislación social del trabajo.

El Dr. García Triviño, preocupado y encariñado por su especialización con la idea de poner dique a las predisposiciones y trastornos que al aparato respiratorio acarrear los polvos industriales, de nuevo vuelve sobre el tema (ya por él en anteriores conferencias abordado), llamando la atención acerca de la importancia que dichas enfermedades han adquirido por los avances y modernos aspectos que va exteriorizando y exigiendo la progresiva legislación social.

Con carácter de generalización se ocupa de la calidad, particularidades y cantidad de los polvos industriales que infeccionan el ambiente, poniendo en peligro el organismo; enumera éstos y los medios de que el higienista ha de valerse para neutralizarlos y ponerlos coto; y termina recomendando se observe una especial vigilancia y cuidados con las enfermedades provocadas por los polvos silíceos y cal cáreos, por ser a su juicio los que más fatales consecuencias acarrear.

Hace a continuación un resumido y claro estudio bibliográfico de la cuestión, ateniéndose muy especialmente en las ponencias sobre este asunto presentadas a los últimos congresos extranjeros e internacionales, destacando entre ellas muy especialmente la discutida en el reciente Congreso nacional italiano de Medicina del Trabajo, que estudia de modo exclusivo esta importante cuestión.

Más adelante habló el conferenciante sobre las diferencias cuantitativas del poder patógeno del polvo, así como los diversos mecanismos por los que actúa sobre el árbol respiratorio. Como es natural, cuanto más constante sea la acción del polvo nocivo mayores y más graves serán los riesgos de enfermar.

Insiste sobre la insospechada cantidad de polvo desprendido en el ejercicio de las diferentes profesiones. Esto se ha podido comprobar debidamente utilizando placas de cristal preparadas a propósito para la fijación del polvo. De este modo se han encontrado las siguientes cifras: en una fábrica de yeso, 411 gramos por metro cuadrado; en una de cerámica, 211; en una de aserrar madera, 195; en una de tejidos, 102, y en una imprenta, 80.

Tras esta exposición de conjunto efectuó un estudio analítico de los diversos polvos y de su respectiva acción patógena, insistiendo de modo especial sobre los respectivos cuadros clínicos determinados por los polvos silíceos y cal

cáreos, que son los que de modo más completo han sido estudiados.

SESIÓN DE CLAUSURA DEL IV CURSO DE MEDICINA DEL TRABAJO

En la mañana del pasado miércoles celebróse la sesión de clausura del IV Curso de Medicina del Trabajo, organizado por el Dr. Oller con la colaboración de los Dres. Azpeitia, Melian, Badona, López de la Garma, Granda, Triviño, Casanova y Germain.

Han practicado el mencionado curso los Dres. Roca, Alvarez, Agulló, Herrero, Santullano Pujol, Ballesteros, Soriano, Sarasola, López, Montilla, León y Pedraza.

El acto de clausura fué presidido por el subsecretario del Ministerio del Trabajo y los individuos del Patronato del Instituto. En nombre de este último pronunció unas palabras el marqués de Valdavia, que expuso la significación social de la obra que viene realizando el Instituto de Reeducción de Inválidos del Trabajo.

A continuación, el Dr. Oller, director del mencionado Instituto, en sintético y bien modelado discurso, habla de las materias que abarca la Medicina del Trabajo, desde la prevención del accidente y de la enfermedad profesional hasta la legislación del trabajo; de la importancia que tienen los hospitales de accidentes en las localidades en que existen industrias peligrosas, por el interés que existe en tratar bien las heridas desde el primer momento; del aspecto médico-legal que los accidentes y enfermedades del trabajo ofrecen, y de la necesidad de que el médico esté siempre preparado para imponer la verdad científica. Plantea el problema de la formación de los médicos del trabajo, que en todos los países va encontrando la apetecida solución de crearse *cátedras de trabajo*; y propone, por fin, que se organicen a base de las mismas instituciones dependientes del Ministerio del Trabajo: Instituto Nacional de Previsión, Instituto Psicotécnico, Instituto de Reeducción Profesional y Escuela Social, en colaboración con la Escuela Nacional de Sanidad, la enseñanza especializada para esta formación.

El presidente, Sr. Colom Cardany, muéstrase complacido y conforme con lo manifestado por el Dr. Oller; cree que sin dificultad será acogido por el Ministerio del Trabajo, en que se tiene gran interés en pro del avance y desarrollo de la Medicina social, concluyendo por estimular a los médicos del curso, que en breve irán a distribuirse por España en fábricas y empresas de todas clases. El subsecretario del Trabajo glosó los términos de los discursos pronunciados, declarando clausurado el IV Curso de Medicina del Trabajo en nombre del ministro.—Dr. M.

BARCELONA

SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGÍA DE BARCELONA

Sesión del 7 de Marzo de 1931.

UN CASO DE TUMOR DE LA ZONA MOTRIZ CEREBRAL

Dres. B. Rodríguez Arias y J. Juncosa: Se trata de una niña de cinco años de edad con antecedentes familiares (varios hermanos muertos de procesos cerebrales a poco de nacer, posibilidad de contagio venéreo paterno) y personales (estigmas heredolúeticos) sospechosos de infección específica. Serología familiar negativa que contrasta con los antecedentes. Varias crisis de epilepsia jacksoniana dere-

cha desde la edad de meses, una vez con afasia consecutiva y otras con pequeños y fugaces fenómenos paréticos, focales y postparoxísticos. Sin hemiparesia derecha ni síntomas de compresión cerebral. Caracterología comicial negativa. Fondo de ojo normal. Repetidas ausencias epilépticas. La radiografía estereoscópica del cráneo evidencia una zona de ligera usura a nivel del área rolándica izquierda. Líquido cefalorraquídeo negativo, con disociación albuminocitológica en la última punción (0,36 gramos de albúmina y 0,4 células por milímetro cúbico. Nada serológico de quiste hidatídico. Eosinofilia. La hipótesis de una tumoración superficial de la zona motriz izquierda se impone, aun en ausencia de síntomas de compresión cerebral. La etiología luética no aparece clara, mejor se inclinan en creer en una neoplasia meníngea. No se muestran partidarios de un tratamiento antiluético, sino de operar rápidamente para no perder una buena oportunidad curativa.

VALOR DIAGNÓSTICO, PRONÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA ENCEFALOGRAFÍA EN UN CASO DE MENINGITIS INFECCIOSA.

Dres. R. Sarro y R. Soriano: Enfermo que después de un estado de depresión provocado por un trauma psíquico que duró cuatro meses entra en un período septicémico, que se inicia bruscamente con hiperpirexias (40°), cefalalgia, dolores en las piernas y delirio; cuadro que remite a los cuatro días, pero persistiendo durante mes y medio febrícula de 38°, cefalalgia ligera, eructos y deposiciones en poso de café. Después de seis semanas de apirexia reaparecen temperaturas durante diez días, que cesan, iniciándose entonces un cuadro de vómitos incoercibles que a los cinco días son substituidos por hipo accésional que impide el sueño. El hipo es a su vez reemplazado por hipersomnia de tres días. Seguidamente delirio alucinatorio, retención de heces y orina; a los seis días incontinencia. Ligera remisión. Se explora el enfermo. Estado confusional, persistiendo la cefalea. Papila de éstasis, hipoexcitabilidad vestibular, Argyll Robertson, reflejos rotulianos abolidos, marcha parética, no reacción de degeneración. Pequeñas zonas anestésicas en glándula y planta del pie. Por punción lumbar se obtiene líquido xantocrómico a 12 centímetros de presión, muy escaso, Quekenstedt negativo, 6 células por milímetro cúbico. Albúmina, 0,71; globulina positiva. Se diagnostica un tabicamiento, pero el lipídot descendente practicado días después da imágenes radiológicas normales. Las investigaciones encaminadas hacia una etiología luética, meningocócica, tuberculosa, eberthiana o espirilar, resultan negativas. Se practica una encefalografía por vía lumbar: la proyección lateral y anteroposterior demuestra que no ha existido obstáculo en la difusión del aire, una moderada dilatación ventricular. La figura en alas de mariposa pierde la forma triangular para adquirir cierto carácter oval. Los trastornos psíquicos que antes de la encefalografía eran de tipo de Korsakoff con rasgos de déficit intelectual remiten rápidamente. Desaparición de papila de éstasis; persiste la abolición de los reflejos rotulianos.

Descartan la encefalitis epidémica por el comienzo de la presencia de síntomas espinales, intensidad de la reacción meníngea, síndrome de Froin, éstasis papilar y, principalmente, por la imagen encefalográfica. También desechan otras formas de encefalitis. Admiten una meningitis infecciosa de etiología no segura y con lesiones secundarias y difusas de parénquima. El diagnóstico de los síntomas psíquicos se establece basándose en el conjunto del cuadro clínico y utilizando los resultados de Poenitz sobre el valor pronóstico de la encefalografía en la parálisis general. Tanto

mayor la dilatación ventricular, peor el pronóstico. Por la moderada dilatación de la imagen ventricular se establece un pronóstico favorable que confirma el curso ulterior.

Como en la parálisis general, la dilatación ventricular es debida a dos factores, a la retracción del parénquima y al hidrocefalo obstructivo, y en las meningitis principalmente a la sola hipertensión, siendo iguales las imágenes ventriculares, el pronóstico es más favorable en estas últimas.

El resultado terapéutico lo explican por la tendencia espontánea a la remisión y porque la corriente de aire debe destruir adherencias y posiblemente ejercer una acción trófica favorable al sistema nervioso.

Discusión.—**Dr. Rodríguez Arias:** Recomienda la práctica de investigaciones anatómicas generales en tiempo oportuno. No cree comparables los valores deducidos de las prácticas encefalográficas en la parálisis general y en los procesos encefálicos agudos.

Dr. J. Vilató: Habla de una posible poliomiелitis aguda no solamente medular. Admite la existencia de un síndrome de Korsakoff.

Dr. R. Soriano: Los síntomas clínicos hicieron pensar en una tifoidea y en una espirilosis.

Dr. E. Mira: La solución del problema etiológico ya no es factible, recomendando la práctica de análisis escrupulosos al desarrollarse la infección.

Rectificación.—**Dr. Ramón Sarro:** Los trastornos mentales de tipo Korsakoff carecen de significación específica. Los puntos de contacto con la parálisis general son suficientes para poder efectuar un juicio de analogía con las debidas correcciones. Clínicamente la primera impresión, no coincidiendo los antecedentes, era el de una meningoencefalitis metabólica. Poenitz ha señalado, además, el influjo de la hipertensión en la producción de la dilatación ventricular de los parálisis. La encefalografía tiene un valor pronóstico, pudiendo servir en la parálisis general como medio de determinar la capacidad civil.

PSICOHIGIENE DEL PSIQUIATRA

Dr. E. Mira: El psiquiatra debe practicar bien la higiene mental, porque no es, precisamente, un modelo de ecuanimidad y de tolerancia. La corrección de los defectos de los semejantes debe implicar, antes, una autodepuración. La conducta de los psiquiatras muestra, en muchas ocasiones, la existencia de una escoria psicopática (retramientos esquizoides, concepciones paranoicas, impulsos epileptoides, perversiones mitómanas). Como la influencia perniciosa de las actitudes afectivas personales trasciende, impide el progreso de la Psiquiatría y, por ello, conviene segregar de la colectividad todas las personalidades psicopáticas. La observancia de unas normas éticoprofesionales y sociales, la salud y el perfeccionamiento integral de la mente servirían de ejemplo provechoso al resto de la Humanidad. Solicita el nombramiento de una ponencia que dicte un conjunto de normas psicosigiénicas.

Discusión.—**Dr. Sarro:** El psiquiatra puede fijar normas higiénicas, pero nunca éticas. La psicosigienencia propuesta es ética disfrazada.

Dr. M. Soler Martín: El disertante ha reflejado exactamente la realidad de una situación que tiende a exacerbarse cada vez más.

Dr. Rodríguez Arias: Debe discutirse sólo el medio, ya que los psiquiatras están obligados a psicosigienizarse.

Dr. J. Buxó: De esta comunicación se desprende la existencia de faltas graves a la deontología médica que deben denunciarse al Colegio de Médicos.

Dr. P. Farreras: Hay que mostrarse partidario de la idea

lanzada por el disertante, que para el psiquiatra sería algo así como el juramento de Hipócrates para el médico en general.

Dr. J. Córdoba: Es partidario de la superación indicada, porque sería un sentimiento noble del apostolado psiquiátrico.

Rectificación.—Dr. Emilio Mira: Debe evitarse que los psiquiatras sean psicópatas. Es preciso que se dicten unas normas.

REAGUDIZACIÓN DE LA ENCEFALITIS EPIDÉMICA

Dr. B. Rodríguez Arias: Relata la historia de una enferma soltera que tuvo una encefalitis letárgica clásica en 1921, con ulterior desarrollo de una manifiesta secuela parkinsoniana, no debida a nada activo, crónico o prolongado (fijeza de los síntomas clínicos y punción lumbar negativa, desde 1926); se casa, queda embarazada y lacta, sin el más ligero trastorno agudo. Hace dos meses tuvo la gripe e inmediatamente ha presentado de nuevo letargia, diplopia, astenia, enfraquecimiento y febrícula.

El disertante pregunta si es que la encefalitis epidémica se ha reagudizado con motivo de la infección gripal del año actual. En realidad cabe pensar, cada día más, que la gripe y la encefalitis epidémica se desarrollan conjuntamente. Pero pregunta si debe hablarse de reagudización, es decir, de un fenómeno de reviviscencia específica (gripe) o de an-específica (infección intercurrente) o bien de verdadera reinfección.

Discusión.—Dr. E. Mira: La solución es difícil y admite mejor la posibilidad de una reagudización típica que de una reinfección, ya que nada asegura, en ausencia de comprobaciones microbiológicas imposibles, la verdad de una secuela y no de una forma prolongada.

Dr. P. Farreras: A principios de este año ha visto un caso análogo. Mientras no se conozca con precisión el virus de la gripe y el de la encefalitis, las relaciones entre procesos gripales y encefalitis epidémica sólo pueden tratarse en forma vaga y global.

Rectificación.—Dr. Rodríguez Arias: Advierte que ha titulado «reagudización de la encefalitis epidémica» su comunicación para no presuponer la idea de una verdadera reinfección. Ante la imposibilidad de practicar investigaciones microbiológicas oportunas, la fijeza de los síntomas clínicos y la negatividad de una punción lumbar permiten calificar de secuelas y no de formas prolongadas los síndromes citados. Este problema es de gran importancia epidemiológica.

HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y SAN PABLO

Sesión del día 12 de Marzo de 1931.

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO DE LAS PERFORACIONES APENDICULARES

Dr. J. Vidal Fraxanet: Antiguamente se creía que el origen del proceso radicaba en el ciego; pero por el estudio histológico de los apéndices intervenidos se vió que era en este órgano donde radicaba la enfermedad, interesando uno, dos o todas sus capas. En la forma catarral sólo se afecta la mucosa, la cual pierde su aspecto rosado mientras que sus pliegues están hinchados o han desaparecido por completo. En la forma aguda de la apendicitis, si se extirpa antes de que sean invadidas las capas inmediatas, se producen muchas veces hemorragias petequiales difusas en la submucosa, correspondiendo siempre a una invasión leuco-

citaria, y constituyen una demostración de agudeza del proceso. En los casos intervenidos en las primeras horas de haber aparecido los síntomas, la citada lesión constituye a veces la única indicación de la enfermedad, ofreciendo la mucosa un aspecto parecido al de una oftalmía granulosa aguda o intensa. Cuando la infección es más intensa se produce una gangrena local o general de la mucosa y rápidamente puede destruirse la totalidad de la pared del órgano. Entre las causas de destrucción rápida cita: la existencia de pus de tipo indeterminado, bajo tensión, produce una isquemia de la mucosa edematosa o infectada que aumenta el efecto tóxico y destructor del microorganismo; otro elemento es la virulencia del microorganismo que acelera la destrucción del órgano, y, por fin, los productos purulentos que en cualquier región del cuerpo se absorben rápidamente cuando se hallan sometidos a cierta tensión, con lo cual tiene lugar una destrucción más rápida de los tejidos. La inextensibilidad de la pared del apéndice contribuye a esta gran tensión de su contenido. La isquemia producida por la compresión favorece a su vez la invasión rápida y la necrosis precoz biótica y tóxica de los tejidos. Explica que la gangrena completa de la mucosa se ha observado ya a las siete horas del primer cólico inicial. El proceso gangrenoso puede afectar todo el espesor de las paredes, una zona circunscrita o todo el apéndice desde su vértice hasta su base. Esta estrangulación no es debida a la oclusión de la arteria nutricia, sino a la isquemia producida por la presión local de los productos acumulados en el interior del órgano. Si la cavidad contiene un cálculo fecal o un cuerpo extraño, la presión es la causa de la ulceración o la gangrena del segmento del órgano que le rodee y tiende a una rápida perforación de dicho punto. Esta zona gangrenosa puede estar rodeada o sostenida por adherencias, o, si se produce rápidamente, quedar libre en la cavidad peritoneal hasta que el tejido gangrenoso se separa del vivo por eliminación y permite la salida del contenido del apéndice y su derrame en la cavidad peritoneal. Entonces el proceso acaba por un absceso apéndice-mesentérico. Puede perforarse por otros puntos y dar lugar a un absceso intraperitoneal circunscrito o a una peritonitis.—*F. Wüst Berdaguer.*

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE BARCELONA

Sesión del 16 de Marzo de 1931.

ANOMALÍAS DE LA QUINTA LUMBAR

Dr. Antonio Morales: Muchas son las alteraciones que se encuentran de la 5.^a vértebra lumbar, algunas veces con deformaciones de la 4.^a, 3.^a y 2.^a, deformaciones que con frecuencia no encuadran en los tipos descritos por ser irregulares o por ser poco importantes; pero los principales tipos son la sacralización de la última lumbar, la existencia de una 5.^a lumbar suplementaria que quizá se trata de una lumbainización de la 1.^a metámera sacra, la asimetría de la vértebra en un lado más alta que en el otro y la espondilolistexis o en grado menos avanzado la preespondilolistexis. Rossi cree que la sacralización de la última lumbar es una malformación muy frecuente, pues de 400 radiografías tomadas al azar encontró en siete casos y de 800 casos, de radiografías tomadas por algias lumbares encontró en 22 en un grado mayor o menor la 5.^a lumbar sacralizada. Se manifiesta entre los veinticinco y cuarenta años, aunque hay casos mucho más precoces. Es rara en las sacralizaciones de

la 5.^a lumbar la existencia de verdaderas paresias de las extremidades inferiores, pero se citan casos como uno de Nové-Josserand, en que el movimiento activo de una de las rodillas se hallaba limitado hasta el ángulo recto, con movimiento pasivo completo. Por radiografía se ven todos los grados de sacralización. El más leve es el simple ensanchamiento de las apófisis transversas aumentadas en altura y en longitud; en algunos casos también más espesas, gruesas, presentando la sombra más opaca. Esta alteración de las apófisis transversas rara vez es igual en ambos lados, aunque se manifiesta en los dos; una de dichas apófisis proyecta la imagen que se sobrepone a la de la cresta ilíaca. Un grado más y la apófisis transversa se extiende en su punta en forma de ala de mariposa. El contacto de la punta ensanchada de la apófisis transversa con el coxal y el sacro determina articulaciones que pronto se afectan de artritis, sobreviniendo una calcificación de los vínculos de la falsa articulación hasta que sobreviene una fusión completa.

Desde los trabajos de Böhm se da a las escoliosis congénitas una importancia antes desconocida. El papel de las escoliosis adquiridas (raquílicas y habituales) descendió notablemente desde que por radiografía se comprobó el gran número de casos de vértebras asimétricas que ocasionaban la escoliosis secundariamente. El fracaso de alguno de los puntos de osificación primario hace que la vértebra adquiera mayor desarrollo en un lado que en otro, especialmente en altura, ocasionando la desviación lateral. La 5.^a vértebra lumbar es la que ofrece más números de estos casos de osificación abortada, originándose consecutivamente una inclinación de convexidad lumbar hacia el lado del defecto de osificación de la vértebra con curva de compensación dorsal y todas las alteraciones que sobrevienen en las escoliosis en el esqueleto torácico. Sólo la radiografía puede descubrir la verdadera causa, pues la imagen de la vértebra asimétrica presenta un tipo de alteración mucho más marcado y característico que el que puede observarse en las vértebras por compresión y rotación en las escoliosis habituales.

Entre las llamadas variaciones numéricas, en las que se hallan las vértebras de uno de los segmentos vertebrales en número distinto del normal, descuella la presencia de una 5.^a lumbar bis. Originariamente pueden formarse un número mayor de metámeras y producirse luego otras tantas vértebras suplementarias. Rokitsanski cita un caso con cuatro vértebras de más, repartidas entre los segmentos dorsal inferior y lumbar, pero con la circunstancia de que no eran vértebras completas, sino verdaderas hemivértebras colocadas dos a cada lado de manera que, compensándose, no determinaban desviación lateral. En los casos de una 5.^a vértebra lumbar bis se trata, seguramente, de un fenómeno de asimilación y no de segmentación. En necropsias se han visto casos en que las vértebras extremas de un segmento del raquis, que ya norma mente van perdiendo los caracteres típicos del segmento, que tan evidentemente característicos se ofrecen a las vértebras centrales del mismo, aparecían con los caracteres propios de las vértebras del segmento próximo. Así, se han visto últimas dorsales con forma de vértebra lumbar y primeras dorsales con el aspecto típico de vértebra cervical. Pueden observarse al mismo tiempo alteraciones de número o de diferenciación de la metámeras y de asimilación como en casos citados por Putti. En los casos de una última lumbar suplementaria, probablemente se trata de una asimilación de la 1.^a sacra que se desarrolla adoptando el tipo de vértebra lumbar con los caracteres de tal más o menos rudimentarios, pero quedando independiente de las restantes sacras que conforme a su tipo tien-

den a fusionarse. Es, pues, el caso de una lumbarización de la 1.^a sacra inverso a la sacralización de la 5.^a lumbar. Pero en estos casos, por la anormalidad de la posición de la vértebra independiente y quizá porque es muy raro que estas vértebras asimiladas sean completamente simétricas se determinan trastornos de naturaleza estética que terminan por producir artritis intervertebrales con dolores y rigideces que recuerdan la sacralización de la última lumbar, aunque la causa sea inversa y esto porque se originan consecutivamente a las artritis osificaciones anormales y excesivas que son las determinantes del síndrome.

Los datos más interesantes de la espondilolistexis los da también la radiografía. Es preciso hacer una anteroposterior y otra lateral y en ambas se encuentran imágenes características. En la de perfil se aprecia la mayor o menor luxación de la vértebra respecto del sacro (es la que evidencia la espondilolistexis) y el grado mayor o menor de ésta. En la proyección anteroposterior se observa la 5.^a lumbar muy ensanchada y al mismo tiempo basculada ofreciendo la cara superior convertida en anterior. Esto hace que en la placa aparezcan imágenes características: forma de tricordio o la que los italianos llaman imagen de góndola invertida. Entre estas imágenes se presentan tipos menos característicos que responden a la preespondilolistexis. En las radiografías de Faldini se pueden observar los espacios claros que en los arcos vertebrales demuestran la falta de soldadura con el cuerpo. En alguna de estas radiografías el espacio claro es bastante ancho, en otras se presenta sólo en un lado. Estas imágenes parecen demostrar de manera clara la causa originaria de la espondilolistexis: la escoliosis por defecto de formación ósea. A veces, la superposición de la 5.^a lumbar con el sacro disminuye la nitidez de las imágenes; entonces se recurrirá a la visión estereoscópica.

Frente a los procesos localizados a la 5.^a lumbar, citados y otros de menor importancia el cirujano no posee recursos muy variados. Los enyesados y corsés ortopédicos disminuyen los dolores y algunas veces parecen detener un proceso de sacralización, ya que parece que la osificación es excitada por los movimientos. Aconseja la radioterapia de tan notable acción sobre los dolores radicales. Se puede utilizar, aun prescindiendo de la inmovilización en los casos de sacralización y en los dolores debidos a variaciones numéricas o vértebras asimiladas. Donde es inexcusable el enyesado es en la espondilolistexis. Se utiliza desde el primer momento o después de un mes o mes y medio de extensión continua. El aparato enyesado debe aplicarse en flexión más o menos marcada de la columna lumbar, según el grado de espondilolistexis. El disertante ha observado curaciones notables en casos de desviación de la vértebra bastante marcadas y en un caso de espondilolistexis completa ha obtenido una curación sintomática absoluta aunque la reducción anatómica no era perfecta. Napier, Watkins y Jarosky han empleado el injerto óseo de Albée para detener la luxación de la vértebra sin obtener mejores resultados que los conseguidos por el procedimiento incruento. El conferenciante no lo aconseja en absoluto.

Finalmente, el disertante llama la atención sobre estas alteraciones que ocasionan síndromes clínicos generalmente borrosos, oscuros, ocasionados por causas anatomopatológicas en las que muchas veces no se piensa.

RESULTADOS DE NUESTRAS EXPERIENCIAS EN CANCEROLOGÍA EXPERIMENTAL

Dr. Vicente Carulla: Dice que es posible conseguir que una lesión cancerosa extirpada vaya evolucionando sin in-

EL VERDADERO TRATAMIENTO DE LOS ECZEMAS

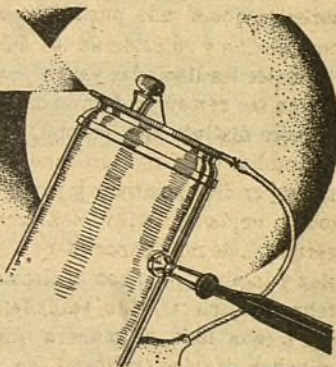
Pocas dermatosis existirán tan frecuentes y tan variadas como el eczema. Aun cuando casi todos exigen una terapéutica general para combatir las causas que los motivan, se impone un tratamiento local que descongestione la piel, calme el prurito y haga desaparecer la lesión externa. La mayor parte de los eczemas se curan radicalmente con el BALSAMO BEBÉ, principalmente los eczemas agudos y exudantes y los seborráceos. El BALSAMO BEBÉ es una asociación de subnitrito de bismuto, kaolin, óxido de zinc, lanolina y vaselina. La estabilidad del subnitrito de bismuto y la corrección de su toxicidad posible, a cargo de la dosificación de kaolin, hacen del BALSAMO BEBÉ un preparado energético e inofensivo contra todas las formas eczematosas.



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 BEBÉ

casos clínicos de Antrax



La gran capacidad calórica de la Ambrina y su propiedad física de conservarla, aún a las veinticuatro horas de su aplicación, hacen de ella un poderoso agente utilizable en muchos procesos infecciosos de la piel, superficiales o profundos. Los tejidos sometidos al tratamiento con la Ambrina, quedan perfectamente aislados y se hallan sujetos a una termalidad constante que favorece grandemente la proliferación celular. De ahí el que la Ambrina obre con verdadero éxito en los "Forúnculos" y "Panadizos", cuya evolución es indolora por completo y cuya curación se obtiene con gran rapidez. Numerosos casos clínicos de "Antrax" han sido curados con Ambrina, dando lugar a brillantes estadísticas de tal enfermedad. En ellos se obtiene siempre la supresión absoluta de todo dolor, la eliminación rápida y fácil de los tejidos necrosados, la perfecta reparación de la pérdida de sustancia y la cicatrización final completa.

AMBRINA

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

Apartado 501. — Madrid



ESTREÑIMIENTO TRATAMIENTO FISIOLÓGICO



A BASE
DE:

1º

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

2º

EXTRACTO BILIAR DESPIGMENTADO, que regulariza la secreción de la bilis

3º

AGAR-AGAR que rehidrata el contenido intestinal

4º

FERMENTOS LÁCTICOS SELECCIONADOS acción anti-microbiana y anti-tóxica

1 a 6 Comprimidos antes de cada comida

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

AGENTE: **FRANCISCO MIRABENT**, Corcega 418, BARCELONE

Bactilose

**OLIVER
RODES**

**PRODUCTO
DEL PAIS**

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

INDICACIONES

**Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Grippe.**

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

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

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

DEPÓSITO GENERAL

**VENTA EN
FARMACIAS**

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

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA



¡CONTRA EL DOLOR!

nervioso, reumático, cefálea, neurálgico, regla dolorosa, dolor tabético, dentario nervioso, dolor canceroso, raquialgia meningítica y post-anestésica, dolor post-partum 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.

Preparado con especialidad farmacéutica por el
Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri
en su Laboratorio, Príncipe, 525
Barcelona



terrupción mediante sucesivos trasposos a animales sanos, de la misma especie, que a su vez se cancerizan; recuerda los trabajos de la escuela japonesa, por los que se ha conseguido el cáncer experimental mediante el continuado frote de alquitrán en la oreja del conejo. Las formaciones espontáneas encontradas accidentalmente en los animales y las experimentales provocadas por el alquitrán no tienen, históricamente hablando, ninguna diferencia, no sucediendo lo mismo en cuanto a su evolución, pues así como la lesión espontánea nunca regresa, la experimental no tiene evolución progresiva llegando a su regresión; si bien el disertante dice, y en contraposición a lo sustentado por varios autores, que esta desaparición no es definitiva, pues con el tiempo se presentan recidivas y en todos los conejos hubo regresión con la consiguiente recidiva a los tres años de la primitiva inoculación, todos han muerto cancerizados y el control histológico del tejido ha comprobado el origen neoplásico de la tumoración.

Los primeros estudios sobre inmunización se basaron en la observación de casos en los que los animales infectados previamente perdían su capacidad receptiva para la neoplasia a medida que sufrían nuevas reinfecciones. Esta experimentación se ha comprobado también en la evolución cancerosa de muchos animales. No era suficiente hacer abortar de esta manera la neoplasia y se elaboraron extractos de productos cancerosos dando la inyección de los mismos igual resultado. Algunos autores han logrado iguales éxitos con extractos de tejidos no cancerosos y en plena normalidad, dando lugar a la llamada paninmunidad de Herlich. El disertante, por la inyección de papillas cancerosas ha obtenido formaciones o tumores que, sin perjudicar, produjeron fenómenos de resistencia y los tumores producidos no fueron permanentes tendiendo hacia la reducción y reabsorción en un plazo más o menos largo. Su experimentación ha querido demostrar si se producen iguales efectos de resistencia con el cáncer experimental provocado por el alquitrán, y si aparte de la paninmunidad de los extractos de productos eterólogos tienden hacia el mismo fin. Las conclusiones de esta experimentación difieren en absoluto de las de los demás autores: en las tres series de animales experimentados ha observado que los conejos controles han sufrido la cancerización en la proporción de un 100 por 100, mientras que los tratados con extractos autolizados apenas ha podido obtener signos de cancerización en algunos de ellos después de ocho meses de experimentación. La aparición de los papilomas observados fué muy retardada. Este resultado experimental no es ya una resistencia, sino casi una inmunidad. No obstante, los trabajos venideros hechos con los sueros de estos animales serán los que dilucidarán el hallazgo positivo de esta resistencia.—*F. Wüst Berdaguier.*

CONGRESOS EN VALENCIA

EL DENTAL

El día 18 tuvo lugar en Valencia, bajo la presidencia del capitán general de la Región, la solemne sesión inaugural del XII Congreso Dental Español.

Hicieron uso de la palabra elocuentemente el profesor Landete, como presidente del Congreso; el decano de la Facultad de Medicina, Dr. Peset; el rector de la Universidad, y, por último, el capitán general declaró abierto el Congreso.

Acto seguido se procedió al concurso de bocas cuidadas, al que se presentaron 3.264 niños de las escuelas públicas,

y terminado éste las autoridades y congresistas inauguraron la Exposición oficial del Congreso, en la que llamaron especialmente la atención las instalaciones del Servicio Odontológico municipal de Madrid y la de la Escuela Odontológica de la Facultad de San Carlos.

EL NACIONAL DE PATOLOGÍA DIGESTIVA

Bajo la presidencia de la primera autoridad militar de la Región se inauguró el día 16, en Valencia, el Primer Congreso Nacional de Patología Digestiva.

El secretario del Congreso explicó la génesis de esta Asamblea y enalteció las figuras preeminentes de la especialidad: Madinaveitia, Gallart, Hernando, Urrutia, Puig Sureda, etc.

A continuación usó de la palabra el Dr. Rodríguez Fornos, el cual, tras un notable saludo a Valencia, exaltó la dotes y talentos del malogrado Dr. Urrutia, a quien tanto le debe la ciencia, principalmente la especialidad.

En nombre del Rey, el capitán general declaró inaugurado el Congreso.

Primera sesión: Preside el Dr. Gimeno Márquez; el señor Gutiérrez Arrese lee la ponencia del profesor Hernando sobre «Alteraciones gastrointestinales en los enfermos endocrinos», que fué muy aplaudida.

A continuación se dió lectura a las comunicaciones del Dr. Carro sobre «Resultados lejanos de la colescistectomía», y las de los doctores:

R. Ruiz Yagüe, de Madrid: «Conveniencia de establecer síndromes radiológicos comunes como orientación para lectura e interpretaciones radiológicas».

González Gálvez, de Sevilla: «Úlcera séptica gástrico-duodenal».

Martínez Alonso, de Madrid: «Inflamaciones múltiples del colon».

Schneider, de Alicante: «Algunos casos de balantiriosis».

López Baena, de Madrid: «Métodos de prueba en los análisis de jugo gástrico»; y

Dr. Gil Amoedo, de Barcelona: «Síndrome digestivo en las intoxicaciones tuberculosas».

El día 17 se leyó la ponencia del profesor Puig Sureda sobre el tema «Resultados lejanos del tratamiento quirúrgico de la úlcera gastroduodenal», tema que dió lugar a una amplia y animada discusión.

Se realizaron por algunos congresistas varias intervenciones en los quirófanos de la Facultad y en el Hospital. Los congresistas fueron obsequiados con una fiesta en la Albufera y otra en el teatro más importante de Valencia.

El día 18 se clausuró el Congreso con las formalidades y solemnidad de rigor.

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Programa de premios y socorros para 1931 y 1932.

PREMIOS DE LA ACADEMIA

Esta Corporación abre concurso sobre los temas siguientes:

I. «Anatomía patológica de la demencia senil».

II. «Las terminaciones nerviosas cutáneas y las sensaciones protopáticas y epicríticas».

Para cada uno de estos puntos habrá un Premio, un Accésit y las Menciones honoríficas que se acuerden.

El Premio consistirá en 750 pesetas; medalla de oro,

diploma especial y título de académico corresponsal; el Accésit en medalla de plata y diploma especial, y las Menciones honoríficas en diploma especial.

Las que obtengan el Premio se publicarán por esta Corporación, si sus dimensiones no fueran excesivas, entregándose a sus autores 200 ejemplares, y las favorecidas con Accésit o Mención honorífica se imprimirán si la Academia lo estimare procedente.

Los trabajos se enviarán a la Secretaría antes del 1.º de Octubre de 1932.

PREMIOS RÖEL

«Geografía o Topografía médica de un partido o de un término municipal de Asturias».

Exceptuándose, por haber sido ya agraciadas: con Premio: Concejo de Oviedo, de Ponga, Lueca, Avilés, Cibrales, Gijón e Illas, Corvera, Langreo, Laviana y Soto del Barco, y con Accésit: Lena, Castrillón, Tineo, Muros, Gozón, San Martín del Rey Aurelio, Carreño, Sobrescobio y Siero.

Se concederán un Premio y un Accésit. El Premio consistirá en 1.500 pesetas, y el Accésit en 500 pesetas.

A estos Premios podrán optar, no sólo los médicos que se hallen en el ejercicio de la profesión, sino los alumnos de la Facultad de Medicina de las Universidades españolas.

Los trabajos se remitirán a la Secretaría de la Academia hasta el 31 de Octubre de 1931.

* * *

Las Memorias optando a los Premios anteriores deberán estar redactadas en castellano, escritas a máquina, y remitirse, encuadradas, a la Secretaría de la Corporación, antes de 1.º de Octubre de 1932, sin firma ni rúbrica de los autores, distinguiéndolas con un lema y acompañadas de un sobre cerrado y rotulado con lema igual al de la Memoria, en el que se contendrá una ficha en que figure: el lema de la Memoria, el nombre y apellidos del autor, sin abreviaturas, y el lugar de su residencia. Los trabajos presentados no podrán retirarse del concurso y serán propiedad de la Academia.

PREMIO SARABIA Y PARDO

Consistirá en 500 pesetas, que se otorgarán al mejor trabajo sobre Pediatría que, desde 1.º de Diciembre de 1930 a 30 de Noviembre del año actual, ambos inclusive, se haya publicado en la Prensa profesional o política o en conferencias, monografías, folletos, libros, etc.

El plazo de admisión de las publicaciones, remitidas bajo instancia, terminará el 1.º de Diciembre del corriente año, a la una de la tarde, y el Premio, si se otorga, se entregará en la sesión inaugural de 1932.

SOCORROS RUBIO

Se adjudicarán en la sesión inaugural de 1932 los dos legados por el Dr. D. Pedro María Rubio, consistentes cada uno en la cantidad de 540 pesetas, a dos viudas o hijas mayores solteras de médicos rurales.

Las interesadas no han de disfrutar pensión.

Se recibirán hasta 1.º de Octubre de 1931 las solicitudes.

PREMIO CALVO Y MARTÍN

Consistirá en la cantidad de 288 pesetas, pudiendo optar a él los médicos de partido encargados de la asis-

tencia de los pobres, con asignación que no pase de 1.500 pesetas, casados y con hijos.

Los aspirantes deberán escribir una Memoria cuya extensión no baje de 30 páginas en 4.º, en la cual darán noticia de alguna epidemia que hayan asistido, con expresión del número de curados y de fallecidos, así como de la medicación que haya sido más provechosa, y de no ser esto posible, describirán las enfermedades más notables a que hayan asistido con abnegación y espíritu de caridad, certificando de estas cualidades el alcalde y el cura párroco de la localidad.

Las solicitudes, acompañadas de certificación del Ayuntamiento respectivo en que se acrediten los extremos mencionados, y de la del cura párroco, en su caso, extendidas en el correspondiente papel sellado, así como la indicada Memoria, se remitirán a la Secretaría de la Academia antes del 1.º de Noviembre del corriente año de 1931, y el Premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1932.

No pueden aspirar a este Premio los que hayan obtenido otro igual en concursos anteriores.

FUNDACIÓN LÓPEZ SÁNCHEZ

Se concede este Premio, consistente en el abono de los derechos del título de doctor en Medicina y Cirugía, al alumno que, encontrándose en condiciones, con arreglo a la legislación vigente, para solicitar la expedición del título de referencia, resultara merecedor a ello, a juicio de la Academia, por su aprovechamiento y pobreza.

Las solicitudes se dirigirán al Excmo. Sr. Presidente de la Academia, acompañadas de certificación oficial del expediente académico y testimonio fehaciente de la pobreza del solicitante, antes de 1.º de Diciembre de 1931, y el Premio se adjudicará en la sesión inaugural de 1932.

SOCORROS PÉREZ DE LA FANOSA

En fecha oportuna, de primeros de Noviembre, la Academia anunciará en la *Gaceta de Madrid* y Prensa noticiara los socorros que se acuerde repartir, según la renta de que se pueda disponer. Podrán optar a ellos los médicos y sus familias necesitadas.

PREMIO OBIETA

Se concederá este Premio a un médico español que se haya distinguido en el presente año de 1931 por sus escritos, ciencia, profesorado o en el ejercicio de su profesión, a juicio de esta Academia. Consiste el Premio Obieta en la adjudicación de 2.700 pesetas en metálico y un diploma especial.

Las obras y méritos que aspiren a dicho Premio se presentarán en la Secretaría de la Real Academia de Medicina antes del día 1.º de Noviembre de 1931, acompañados de solicitud dirigida al Excmo. Sr. Presidente de la Corporación. De las obras y publicaciones se remitirán dos ejemplares, como minimum, y respecto a los méritos se acreditarán con la documentación fehaciente y cuantos extremos estime probatorios el interesado.

El Premio se adjudicará en la sesión inaugural del curso académico de 1932.

FUNDACIÓN DE SAN NICOLÁS

PREMIOS, RECOMPENSAS Y SOCORROS RODRÍGUEZ ABAYTÚA

I. Dos recompensas de 300 pesetas cada una a los dos artículos merecedores del galardón, publicados por la Prensa diaria, política o gráfica.

Los concursantes remitirán a esta Academia, antes

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

1 a 3 Comprimidos
por día.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DREVILL

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)

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, CIÁTICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO, SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTIN, Calle de Alcaza, 9, Madrid y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico.

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halógenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACIÓN
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
PRURITOS Y DERMATOSIS
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
ASTENIA NERVIOSA
TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA
DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA
PROSTATA
LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, D^r Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra médica sobre pedido.

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



Realphen

Apetito

Peso

Fuerza

Literatura, muestras e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075 — MADRID — Tel. 35.407

Ayuntamiento de Madrid

del 1.º de Noviembre de 1931, los números de los periódicos en que se inserten los artículos que optan al Premio.

II. Tres Premios de 1.000 pesetas cada uno para el pago de los derechos de expedición del título de licenciado en Medicina y Cirugía, de los tres estudiantes que durante el año precedente al de la inauguración del académico se hubiesen revalidado en las Universidades de Santiago de Compostela, Valladolid y Madrid, y presenten la mejor hoja de estudios.

III. Un Premio de 1.500 pesetas al autor de la mejor tesis de Doctorado aprobada durante el curso de 1930 a 1931.

IV. a) Un donativo bienal de 10 cartillas, de 500 pesetas cada una, a cinco alumnas y cinco alumnos de las Escuelas públicas del Distrito de la Universidad de Madrid.

b) Con carácter extraordinario, 16 cartillas, de 200 pesetas cada una, para ocho niñas y ocho niños de las Escuelas públicas del Distrito de Palacio.

V. Cuatro Socorros, de 2.000 pesetas cada uno, dos de ellos con carácter extraordinario, para los médicos que acrediten la más precaria situación por edad avanzada o por enfermedad crónica.

Instancias antes de 1.º de Noviembre de 1931.

VI. Un Premio bienal de 2.500 pesetas, recompensatorio de la mejor monografía sobre un punto, a la libre elección del autor, de Fisiología, de Patología o de Terapéutica, estudiada individual o colectivamente, del aparato digestivo, excluyendo boca, lengua, fauces, esófago y recto, o de sus conexos biliar y pancreático.

Los concursantes podrán presentar sus trabajos, sin firma alguna, escritos a máquina, hasta el 1.º de Julio de 1931. Cada autor lo distinguirá con un lema, el mismo que figurará dentro de un sobre cerrado y lacrado, y, además, contendrá el nombre y los dos apellidos, sin abreviatura, y su residencia habitual.

El Premio se adjudicará en la sesión inaugural del año 1932.

VII. Un Premio de 5.000 pesetas al mejor trabajo, publicado o inédito, escrito durante el quinquenio de 1927 a 1931, ambos inclusive, sobre un estudio analítico crítico de Deontología médica, ya en su conjunto, ya en alguno o en varios de los factores que la integran. Este concurso es extensivo a Francia.

Se optará a dicho Premio por instancia dirigida a la Corporación (acompañando el trabajo) hasta el 1.º de Octubre de 1931, y el Premio, de otorgarse, se adjudicará en Madrid en la sesión inaugural de la Real Academia Nacional de Medicina del año 1932.

Las monografías concursantes a estos Premios se presentarán sin firma y con un lema, acompañadas de la correspondiente plica que contenga el nombre y domicilio del autor.

VIII. Se concederán dos pensiones de 5.000 pesetas, para residencia semestral en el extranjero, a los médicos que, llevando de tres a cinco años en posesión del título de licenciado, demuestren poseer, de modo suficiente para una clara percepción auditiva, el idioma del país a que han de trasladarse. La designación de los favorecidos se hará mediante concurso, y quedarán obligados a comunicar, a su regreso, en un opúsculo, a la Real Academia, el relato de sus estudios y los comentarios que éstos les sugieran. Este concurso se verificará en la Academia antes del 15 de Noviembre del curso actual de 1931 y se adjudicarán las pensiones en la sesión inaugural del curso del 1932.

IX. Un donativo con carácter extraordinario de 20 cartillas de la Caja de Ahorros y Monte de Piedad de 250 pesetas cada una para 10 niñas y 10 niños del Colegio de Huérfanos de Médicos Príncipe de Asturias.

Los premios, recompensas, cartillas y socorros anunciados dentro del plazo de este programa se entregarán a los interesados en la sesión inaugural de 1932, salvo en los casos en que se especifica fecha distinta.

Madrid, 1.º de Febrero de 1931.

Ensayos terapéuticos en la blenorragia aguda.

Con este título el Dr. P. Barbellion, asistente a la clínica de Urología del Hospital Necker, ha publicado en el *Journal d'Urologie* (tomo XXX, núm. 2, Agosto 1930) un estudio muy documentado. El conjunto de las observaciones se refiere a 82.000 enfermos tratados en la clínica Necker, y permite comparar el valor de los diversos tratamientos empleados contra la blenorragia. El Dr. Barbellion se ha visto en la precisión de prescindir a veces de los lavajes a causa de la irregularidad de los enfermos y porque dichos lavajes se practican imperfectamente, aun en el hospital mismo, no obstante una vigilancia muy atenta. En la mayoría de los casos (90 por 100) la *vacunoterapia* aplicada sola resultó ineficaz. Únicamente las vacunas colodomicrobianas parecen estar indicadas.

La gonacrina no tiene aún una acción manifiesta para poder decir que sea una medicación excelente. Produce economía de tiempo sobre los lavajes; pero también tiene los inconvenientes de las intravenosas, las manchas que produce, el peligro de las inyecciones mal hechas y casi siempre difíciles de aplicar, el riesgo de las complicaciones, etcétera.

El sándalo (santalol B) en inyecciones de aceite intramusculares sólo tiene una mediana actividad, y hay que mejorar el método. En inyecciones uretrales los resultados no son muy halagadores.

El complejo santalol, salol y hexametilentetramina, administrado en forma de Eumictine (de 10 a 15 cápsulas al día), aun cuando se administre a enfermos que se fatiguen mucho y que tengan una blenorragia muy aguda, ha producido una disminución progresiva y considerable del derrame y una rápida sedación del dolor. La orina se mejora muy en breve y la uretritis posterior encuentra un buen remedio en este tratamiento. El resultado inmediato es satisfactorio. El enfermo no sufre, no pierde tiempo en el tratamiento y puede continuar dedicándose a sus ocupaciones, siendo esto un punto de vista práctico y de una considerable ventaja, tanto en la clientela particular como en el hospital. Esta ventaja, que los médicos aprecian grandemente, quita importancia a la prolongación del tratamiento, y si es preciso acaso hacer algunos lavajes, pueden practicarse porque ya no corren el riesgo de ser perjudiciales.

El Dr. Barbellion ha experimentado la asociación de la Eumictine y la gonacrina y le ha parecido recomendable porque la secreción se agota o se atenúa más pronto que con la gonacrina sola. El período doloroso es más corto y la orina se clarifica rápidamente. El tratamiento es, no obstante, largo, y con frecuencia reaparece el derrame si se suspenden las cápsulas de Eumictine y se continúa con la gonacrina sola.

La conclusión de este trabajo importante es que ninguna terapéutica antiblenorrágica actual puede vanagloriarse de impedir las complicaciones y que no existe un tratamiento de serie. Hay que tener en cuenta el estado local

y general del sujeto y de las posibilidades de consagrar más o menos tiempo al tratamiento. En todo caso podemos afirmar que casi siempre, es decir, en los enfermos agudos que se ven obligados a trabajar, la superioridad de la Eumictine es manifiesta, y que en todos los demás casos, asociada o no a la gonacrina, la Eumictine es siempre el agente quimioterápico más seguro.

P.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,3; ídem mínima, 695,5; temperatura máxima, 13°,6; ídem mínima, 4°,8; vientos dominantes, SO. y NO.

El estado de la salud mejora conforme se confirma la mejoría del tiempo. Los catarros y reumatismos ceden visiblemente; la mortalidad disminuye. En los niños no se muestran verdaderos afectos epidémicos y en las personas de edad avanzada únicamente se observan empeoramientos y muertes repentinas en las anteriormente afectadas por estados arterioescleróticos.

CRONICAS

V. Cursillo Teórico-práctico de Traumatología, Cirugía Ortopédica y Accidentes del trabajo.—En el Hospital provincial de Valencia se desarrollará entre los días 14 al 25 del próximo Abril este cursillo con arreglo al siguiente programa:

14 de Abril.—Conferencia de ampliación: «Tratamiento de las heridas accidentales», por el Dr. D. Laureano Olivares.

15 de Abril.—Lección teórico-práctica: «Traumatismos del cráneo: sus indicaciones operatorias».

Conferencia de ampliación: «Tratamiento de las fracturas maleolares del pie», por el Dr. D. Antonio Trias.

16 de Abril.—Lección teórico-práctica: «El diagnóstico en las afecciones de la columna vertebral».

Conferencia de ampliación: «Tratamiento cruento de las fracturas diafisarias del fémur», por el Dr. Gómez Ulla.

17 de Abril.—Lección teórico-práctica: «Diagnóstico de las afecciones no traumáticas de la articulación coxo-femoral».

Conferencia de ampliación: «Extensión continua en el tratamiento de las fracturas», por el Dr. Corachán.

18 de Abril. Lección teórico-práctica: «El esguince y su importancia pronóstica y terapéutica».

Conferencia de ampliación: «Algunos datos experimentales sobre el problema de la osteosíntesis», por el Dr. D. Manuel Bastos.

20 de Abril.—Lección teórico-práctica: «El tratamiento de las fracturas diafisarias de la pierna».

Conferencia de ampliación: «Dermatitis artificiales», por el Dr. Peyri.

21 de Abril. Lección teórico-práctica: «Fracturas del calcáneo».

Conferencia de ampliación: «Traumatismos del aparato genital de la mujer», por el Dr. Horno.

22 de Abril.—Lección teórico-práctica: «Fracturas de húmero».

Conferencia de ampliación: «Epilepsia traumática», por el Dr. Barcia.

23 de Abril.—Lección teórico-práctica: «Fracturas de cúbitorradio».

Conferencia de ampliación: «Fracturas de pelvis», por el Dr. Pérez Serrano.

24 de Abril.—Lección teórico-práctica: «El tratamiento de las luxaciones más frecuentes del miembro superior».

Conferencia de ampliación: «Alteraciones del metabolismo en las lesiones óseas», por el Dr. Puche.

25 de Abril.—Conferencia de ampliación: «Traumatismo físico y traumatismo psíquico en la etiología de las endocrinopatías», por el Dr. D. Gregorio Marañón.

Las inscripciones, que se limitan a 25, serán gratuitas,

deberán solicitarse antes de 1.º de Abril, al Hospital provincial, a nombre del Dr. López-Trigo.

De la «Gaceta».—24 de Marzo: Ministerio de la Gobernación.—Real orden disponiendo que el artículo 7.º de los Estatutos por que se rigen los Colegios oficiales de practicantes quede redactado en la forma que se indica.

—25 de Marzo: Instrucción Pública.—Anunciando a concurso de traslado la provisión de la cátedra de Obstetricia y Ginecología, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

—20 de Marzo: Estado.—Anunciando la adhesión de la Colonia inglesa de Hong Kong al Convenio Sanitario Internacional.

Conferencia del Dr. Luis Yagüe.—El próximo día 1.º de Abril, a las ocho de la noche, el Dr. D. José Luis Yagüe y Espinosa dará una conferencia por radio (Unión Radio) acerca del importante tema «Valor higiénico de los frutos en la alimentación humana». Pertenece esta conferencia a la serie de las organizadas sobre arboricultura frutal por la Sociedad de Horticultura de España.

Nueva Junta directiva del Colegio de Córdoba.—Presidente, D. Leandro González Soriano; vicepresidente, D. José Maldonado Fernández; contador, D. Germán Saldaña Sicilia; tesorero, D. José Altolaguirre Luna; secretario, D. Diego Canello Alvarez; vocales, D. Antonio Luna Fernández, D. Antonio Barrios Guzmán, D. Jacinto Novas González, D. Juan de Dios Jiménez, D. Manuel Caballero Cabrera y D. Manuel Barrios Guzmán.

Las Jornadas Médicas Gallegas.—En el mes de Agosto se celebrarán estas interesantes Jornadas, que pondrán de manifiesto el entusiasmo que muestran los médicos gallegos por estas reuniones, de un sabor netamente científico.

Estas Jornadas se celebrarán en Vigo, y tanto la Academia Médico Quirúrgica de esta ciudad como el Ayuntamiento y diversas Corporaciones particulares y oficiales cooperarán gustosos a la mayor brillantez de las Jornadas, que serán presididas por el Dr. Goyanes.

Curso de Medicina del Trabajo.—Bajo la presidencia del subsecretario de Trabajo se ha celebrado en el Instituto de Reeducación Profesional la clausura del curso de Medicina del Trabajo que se ha venido celebrando estos días en aquel Centro.

En representación del Patronato hizo uso de la palabra el marqués de Valdivia, y como director de la Institución el Dr. Aller, que destacó la importancia de los hospitales para accidentados, del aspecto médico-legal de los accidentes y enfermedades profesionales, y planteó el problema de la formación de médicos de trabajo por medio de las cátedras de trabajo, organizado todo ello a base del Ministerio del Ramo, Institutos de Previsión, Psicotécnico y de Reeducación Profesional, Escuela Social y Escuela Nacional de Sanidad.

El Sr. Colom Cardany, previo un resumen elocuente de todos los discursos, dió por clausurado el curso.

Aparatos de diatermia.—Con el número presente acompañamos un interesantísimo prospecto de la acreditada Casa Siemens Reiniger Veifa, S. A., Fuencarral, 55, Madrid, recomendando su lectura.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

SIL-AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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