

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO  
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

## PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador. }

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

# Cardiazol

Pentametilentetrazol



parenteral  
peroral  
rectal

*el analéptico  
de primer orden  
para circulación  
y respiración.*

## En la práctica general

(adultos y niños)

en los trastornos de la circulación, estados de colapso, enfermedades infecciosas (neumonía, tifus, escarlatina, difteria, etc.), intoxicaciones (gas de alumbrado, óxido de carbono, medicamentos, etc.), asma bronquial, estenosis bronquial.

## En la práctica quirúrgica

para corregir la debilidad circulatoria y como profiláctico de ésta (antes, durante y después de operaciones), en colapsos debidos a fuertes pérdidas de sangre, etc., trastornos respiratorios después de operaciones, complicaciones pulmonares postoperatorios.

## En la práctica ginecológica y obstétrica

en casos de debilidad cardíaca aguda y estados de colapso, durante y después del parto y operaciones ginecológicas, como profiláctico antes del parto, en partos retardados, para mejorar la acción cardíaca fetal, asfisia de los recién-nacidos.

Tabletas: Tubos con 10 tabletas de 0,1 gr.  
Solución: Cardiazol líquido al 10%; frascos de 10 ccm.  
Inyectables: Cajas con 6 inyectables de 1,1 ccm.  
Polvo: Frascos de 1, de 5 y de 10 grs.

**KNOLL A.-G.**  
Fábricas de Productos Químicos  
**LUDWIGSHAFEN DEL RHIN**  
(Alemania).

Ayuntamiento de Madrid





PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

# MAURICIO LEPRINCE

Doctor en Medicina :- Farmacéutico de 1.<sup>a</sup> 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

(C<sup>12</sup> H<sup>10</sup> O<sup>5</sup>)

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. Hipertension, 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

(C<sup>40</sup> H<sup>54</sup> A<sup>14</sup> P<sup>4</sup> O<sup>73</sup>)

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.

### 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. Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarsonato 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

Flexión la cabeza, resultará la mentoillaca izquierda anterior, que es la segunda posición en esta forma de presentación.

de la pelvis con que se pone en contacto la cara anterior del



de la pelvis con que se pone en contacto la cara anterior del cuello es más alta que cuando el feto se encuentra en posición anterior, de ahí que el descenso sea más lento y que realmente no se pueda hacer sino merced a que se inicia la rotación de la cara y el mentón se va poniendo en contacto cada vez con una parte más anterior de la pelvis. De lo expuesto resulta una diferencia importante con los casos de presentación de vértice, y es que en las de cara no se puede terminar el segundo tiempo (llamado así por seguir la pauta de lo que ocurre en la presentación de vértice) sino después que ha tenido lugar el tercero, que es el de la rotación interna de la cabeza.

Tercer tiempo. Ya hemos visto que se inicia en el curso del anterior y que consiste en la rotación por virtud de la cual el mentón se viene a colocar debajo de la sínfisis del pubis. Como quiera que la altura de esta sínfisis es pequeña, puede quedar el esternón en el área del estrecho superior en tanto que el mentón se encuentra ya debajo de dicha sínfisis. Este movimiento de rotación de la cara es siempre trabajoso y necesita contracciones uterinas muy enérgicas. De aquí que el parto en esta presentación sea corrientemente más laborioso que en la de vértice y que mientras no se haya verificado la rotación por completo sea imposible la terminación del parto.

Cuarto tiempo. Estando el feto con el mentón bajo la sínfisis y el occipucio adaptado a la concavidad del sacro y del coxis, sobreviene un movimiento de flexión de la cabeza en virtud del cual aparecen sucesivamente bajo la sínfisis el hueso hioides y la cara anterior del cuello. Por otra parte, el occipucio va rechazando hacia atrás el vértice del coxis y salva el estrecho inferior, quedando ya apoyado sobre el periné, que se abomba bajo su presión. La frente aparece en la horquilla de la vulva; sobreviene entonces el segundo grado de la flexión, en virtud del cual aparecen en la comisura posterior de la vulva el bregma, la región retobregmática, y, por último, se desprenden las eminencias parietales. Esta parte del parto, que empieza siendo algo costosa, se termina rápidamente por la retracción del periné que empuja vio-

flexión la cabeza, resultará la mentoillaca izquierda anterior, que es la segunda posición en esta forma de presentación.

En cuanto a las otras dos posiciones y variedades, o sea la mentoillaca derecha anterior y la mentoillaca izquierda posterior, son completamente excepcionales. Se distingue una presentación de cara primitiva y otra secundaria, según que la deflexión existiese ya en el último período del embarazo o que se produzca durante el parto. La posibilidad de la presentación de cara primitiva se ha discutido mucho, pero en la actualidad parece que está completamente demostrada. Sin embargo, todos coinciden en que si de suyo las presentaciones de cara son muy poco frecuentes, las que lo son primitivas lo son menos aún; por el contrario, la inmensa mayoría de ellas son secundarias y se producen con motivo del trabajo del parto. Precisamente por eso, las dos posiciones y variedades más frecuentes son como lo acabamos de decir: las correspondientes a la deflexión ocurrida en una cabeza que tuviera tendencia a encajarse en las dos variedades más frecuentes de la presentación de vértice.

Este movimiento de deflexión requiere que un diámetro de 13  $\frac{1}{2}$  centímetros bascule por completo, lo cual no puede suceder sino en caso de que no se haya encajado todavía en la pelvis, ya que de haberse encajado en un diámetro pelviano que mide 12 centímetros, semejante movimiento de báscula sería imposible. Si la cabeza fetal es muy pequeña, puede, por excepción, tener lugar este movimiento de deflexión dentro de la cavidad de la pelvis. Todas las causas, activas o pasivas, que hagan que la cabeza del feto se estacione por encima del estrecho superior, facilitarán la presentación de cara. Por lo mismo, todo lo que retrasa o dificulte el encajamiento fetal contribuye a favorecer las presentaciones de cara. Por parte de la madre, estas causas pueden ser las siguientes: La multiparidad; es sabido que en las múltiparas el encajamiento tiene lugar mucho más tarde que en las nuliparas, y por tanto, se puede en este período preparar la deflexión que se producirá por completo en el momento de iniciarse el parto. Las estrecheces pélvicas que detienen la





cabeza al avanzar; por último, la oblicuidad del útero es también causa de las presentaciones de cara.

No cabe duda de que la importancia de estos dos últimos factores se ha exagerado mucho, pero, desde luego, se encuentran en muchos casos de presentación de cara. En cuanto a las causas que dependen del feto, parece comprobado que los fetos nacidos de cara son unos 100 gramos más pesados que los nacidos de vértice, o sea que es el gran volumen fetal el que contribuye a producir esta presentación, por eso se observa esta presentación más a menudo en los niños que en las niñas. También es muy corriente que los fetos nacidos de este modo sean dolicocefalos, es decir, que el cráneo tiene unos diámetros anteroposteriores exagerados, los transversales también son un poco más grandes que los normales, y en cambio, los verticales son más reducidos. Resulta de esta combinación que el occipucio es muy prominente, que a poco tropiezo que encuentre hace una gran palanca sobre el resto de la cabeza, y contribuye por este procedimiento a su deflexión.

Para algunos, esta forma dolicocefala que tiene la cabeza de los niños nacidos de cara es una consecuencia de esta presentación, en vez de ser su causa, y alegan que desaparece en pocos días después del parto. Hay casos en los que la causa de la presentación de cara es muy evidente, pues se trata de tumores de la región anterior del cuello o del tórax que desplazan la cabeza hacia atrás. Por el mismo motivo se da esta presentación en los casos de monstruosidades con falta de desarrollo del cráneo, es decir, con acrania.

En cuanto a los factores ovulares que favorecen la presentación de cara son dos: el hidrámnios, que existe en proporción elevada en los casos de esta presentación, y la inserción baja de la placenta, que es uno de los factores que pueden contribuir a que sea difícil al feto el encajamiento.

El diagnóstico de la presentación de cara se hace por medio de la palpación, de la auscultación y del tacto, en el momento del parto y, alguna rara vez, durante el último período del embarazo. La palpación permite algunas veces reconocer la existencia de una tumoración dura y redondeada

posición y variedad más comunes que, como hemos dicho, son la posición derecha y la variedad posterior nos van a servir de ejemplo para seguir la marcha del parto:

Primer tiempo. Disminución de volumen del primer ovoide por deflexión: Se encuentra la cabeza a nivel del estrecho superior en estado de ligera deflexión, de modo que la frente se halla hacia adelante y a la izquierda en contacto con la eminencia iliopectínea del lado izquierdo, en tanto que el mentón se encuentra hacia atrás y a la derecha. La línea media de la cara sigue por tanto el diámetro oblicuo izquierdo de la pelvis. La línea bimalar sigue, por el contrario, el diámetro oblicuo derecho. El diámetro bimalar es más pequeño que el diámetro materno correspondiente, de modo que no ha de producir por este motivo dificultad alguna al parto; pero no sucede así con el diámetro mentobregmático, que es mayor que el diámetro materno correspondiente, y por tanto, tiene la cabeza que sufrir un movimiento de deflexión, en virtud del cual venga a corresponder al diámetro izquierdo de la pelvis el diámetro submentobregmático y más adelante el submentofrontal, que es más pequeño que los anteriores. Este movimiento de deflexión tiene al mismo tiempo otro efecto favorable, que consiste en que al apoyarse el occipucio sobre la parte superior del dorso se transmite mejor a aquél la fuerza que procede de las contracciones uterinas. Cuando en el tacto se reconocen con facilidad el mentón, la boca, la frente y la sutura metópica siguiendo de atrás a adelante el diámetro oblicuo izquierdo de la madre, es que el movimiento de deflexión se ha producido ya.

El segundo tiempo, que es el de encajamiento y descenso de la cara, se hace siempre con lentitud, siendo ésta mayor todavía en las posiciones posteriores que en las anteriores por el motivo siguiente: Para que se pueda hacer el descenso del mentón es preciso que se extienda la parte anterior del cuello, lo cual es siempre trabajoso. El descenso rápido requeriría que se encajase la parte superior del pecho del feto al mismo tiempo que el occipucio, y esto no es posible en un feto con desarrollo normal.

Como quiera que en las posiciones posteriores la pared



# Hémostyl

Del Dr.

Anemias

**ROUSSEL**

Hemorragias

## SUERO HEMOPOIETICO FRESCO DE CABALLO

Frascos-ampollas  
de 10<sup>cc</sup>. de Suero puro

A) *Seroterapia específico de*  
*las* **ANEMIAS** (Carnot)

B) *Todos otros empleos*  
*del Suero de Caballo:*  
**HEMORRAGIAS** (P.E. Weill)  
**CURACIONES** (R. Petit)

Jarabe y Comprimidos  
de sangre hemopoietica  
total

**ANEMIAS**  
**CONVALECENCIAS**  
**TUBERCULOSA, etc**

*Muestras, Literatura*

97 rue de Vaugirard, PARIS



# CESTONA

## EL CARLSBAD DE ESPAÑA

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

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

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

**Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.**

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

Pidanse noticias directamente á Cestona (Gulpúzcoa).

### AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)  
 (GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

**Tratamiento de la TOS en general**

**Tos seca - Bronco-neumonía**

**Bronquitis - Gripe**

**Tuberculosis**

**Asma**



**GERMOSE**

Gotas del Dr.

**BAYRAC**

(NO TÓXICO)

**Específico**

**contra la Coqueluche.**

(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

LABORATOIRES LEBEAULT.— 3 y 5, Rue Bourg-l'Abbé.— Paris.

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.<sup>a</sup>, Sagués, 2 y 4, Barcelona (S. G.)



**SANTAL MONAL**

au Bleu de Méthylène

DOSE: 6 à 10 capsules par jour

## SANTAL MONAL

### AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico

Antiséptico - Diurético

**Blenorragias - Cistitis - Piurias**

ENFERMEDADES DE LAS VIAS URINARIAS

DOSIS : 6 á 10 capsulas al dia

**EL MAS ACTIVO**

**EL MEJOR TOLERADO**

**LABORATORIOS MONAL & C<sup>ie</sup>, PARIS**



Muestras y Literatura : M. BENITO, Representante, Alameda de Valdes, 5 y 7, Apartado 648, MADRID



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### — AMENIDADES —



11-X-1930

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

#### EL PROBLEMA DE LOS MÉDICOS PARADOS

LA PONENCIA DE LA OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO

Reproducimos a continuación la ponencia oficial de la Oficina Internacional del Trabajo.

#### SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar a nuestro preparado original

#### UROTROPINA SCHERING

nal del Trabajo, que ha sido cursada a las treinta Asociaciones Nacionales de Médicos prácticos que integran la Asociación Profesional Internacional de Médicos. Como tal vez los organismos médicos del país no la conozcan, publicamos este documento, cuyo interés extraordinario apreciará todo aquel que lo leyere.

«La profesión de médico, ¿es una profesión liberal o asalariada? En el siglo

pueden ya decir en justicia que son trabajadores independientes.

En estas condiciones, ¿qué debe entenderse hoy por paro del médico? Acaso sea todavía su motivo la ausencia total, o por lo menos la insuficiencia de clientela; pero con más frecuencia aún la falta de colocación.

Los informes facilitados por la Asociación de Médicos alemanes son bien elocuentes. Allí distinguen dos clases de médicos: Los que trabajan regularmente porque tienen colocación o clientela y los que trabajan como suplentes, como sustitutos o en profesiones paramédicas. En el primer grupo no hay

misma tendencia transformadora de las condiciones de ejercicio de la Medicina, perdiendo terreno como profesión liberal para ganarle como profesión asalariada.

El delegado francés ha denunciado, como causa de paro en Francia, la ten-

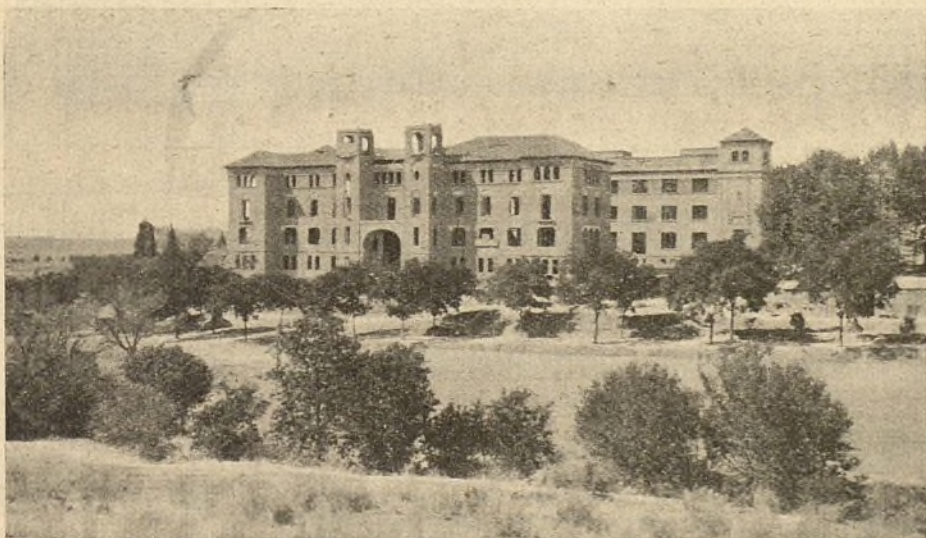
#### TREPONEMOL SÍFILIS

#### OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

dencia a funcionarizar al médico, suprimiendo al de familia. El delegado de la Gran Bretaña reconoce que se ha producido un cambio en los métodos de trabajo de los médicos, pues cada día son más numerosos los que están a sueldo de los Poderes públicos y más escasos los que se consagran a la clientela privada. El representante de Letonia manifiesta que el Seguro de Enfermedad funcionariza a los médicos, siendo casi imposible que puedan ejercer sin entrar en una Caja. De Noruega, de Servia

problema de paro; en el segundo, sí, y el número de los parados puede evaluar-



Vista de la fachada principal del Colegio-Residencia de Huérfanos de Médicos.

pasado hubiera podido contestarse a esta pregunta sin titubeos, pues salvo raras excepciones todos los médicos consideraban su profesión liberal. En el siglo XX, los servicios públicos de higiene, las instituciones de seguros de enfermedad, las clínicas privadas, que tienen médicos a sueldo, han tomado tal desarrollo que muchísimos médicos no

se en varios millares. Sin embargo, entre los treinta y cinco mil médicos que trabajan, hay unos tres mil quinientos que rebasan el contingente empleado por las Cajas de Enfermedad, y que tienen clientela insuficiente. Su paro es parcial y participan de la falta de clientela y de la falta de empleo.

En otros varios países se manifiesta la

etcétera, llegan las mismas quejas. El práctico, puro tipo ideal y representativo de la profesión, libre, disminuye progresivamente. La tendencia apuntó antes de la guerra, y después no ha hecho más que pronunciarse más.

#### CAUSAS DEL PARO

Bien sea por insuficiencia de clientela



o por falta de empleo, de las respuestas enviadas por los delegados de las Asociaciones Nacionales a la encuesta de la Oficina Internacional del Trabajo, se desprende que la mayoría de los miembros de la profesión sufren las consecuencias de la crisis profesional y están parados.

Esta crisis reconoce las siguientes causas:

1.<sup>a</sup> Falta de adaptación a la nueva situación creada por los progresos técnicos.

## STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

nicos de la ciencia médica y de la evolución social.

2.<sup>a</sup> Plétora.

ya al médico ejercer su profesión de una manera aislada e individual. El médico general que por sí solo respon-

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

día a las necesidades de todo un Municipio o de todo un barrio, lleva camino de desaparecer. El dominio en que se ejerce el arte médico alcanza proporciones tan vastas y considerables, que resulta imposible para un solo hombre abarcarlo en su conjunto. Por ello se especializa, y es este nuevo aspecto de la práctica médica el que tiende a diferenciar y subdividir el trabajo creando entre los miembros de la profesión un lazo de estrecha dependencia. Conforme pase el tiempo, les será preciso más recurrir unos a otros; los inconvenientes resultantes de la especialización se compensarán con la ayuda mutua, la

casa de curación, que sobre las ventajas de orden económico ofrecen garantías inencontrables en el tratamiento a domicilio. La menor operación exige una sala de operaciones, material aséptico, personal entrenado, condiciones casi imposibles de lograr a domicilio. Y cada día son más numerosos los partos en las maternidades y clínicas. No se hará esperar aquel en que todos los enfermos infecciosos serán tratados en hospitales especializados.

Por disminuir las posibilidades de intervención individual, y recurrir el

**SARNA**  
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

público a los servicios hospitalarios, los médicos ven en ello una causa de paro.

c) *El Seguro de Enfermedad.*—Las Asociaciones profesionales de los países



Una vista de conjunto del Colegio-Residencia de Huérfanos de Médicos.

3.<sup>a</sup> Falta de reglamentos suficientes para el ejercicio de la profesión, y

4.<sup>a</sup> Distribución defectuosa de los médicos por el país.

1.<sup>a</sup>—Falta de adaptación.

Como hemos dicho antes, la Medicina está evolucionando, y para la mayoría de los profesionales lleva camino de pasar de profesión independiente e in-

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

dividualista al estado de profesión asalariada o de función social. Ahora bien, los interesados no parece que hayan adaptado su actividad a las condiciones nuevas. La ponencia estudia los factores siguientes que influyen en esta inadaptabilidad.

a) *Los progresos de la ciencia médica.* El desarrollo de la ciencia no permite

colaboración, y por otra parte, los progresos del instrumental imposibilitan de todo punto al médico instalarse ais-

### Lactofitina: reconstituyente infantil

ladamente, por la enormidad de gastos que supone una clínica montada con todos los adelantos. Únicamente las instituciones comunes de grupos profesionales o pertenecientes a la colectividad, tales como clínicas y servicios hospitalarios, disponen de los recursos necesarios para adquirir los nuevos medios de diagnóstico y tratamiento. De ahí que vayan absorbiendo la actividad del médico.

b) *Modificación de las costumbres del*

### Urosolvina: eficaz antiúrico.

público.—El público se va dando cuenta de la necesidad de las clínicas y de la

en que está implantado este seguro, creen que a él se debe el aumento de parados. En opinión de aquéllas, la inclusión de un número creciente de asalariados en el sistema de Seguro de Enfermedad obligatorio, y la difusión progresiva del Seguro popular libre en las clases médicas arrebatada al médico práctico aislado la mayor parte de la clien-

### "MALTOPOL"

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

tela en provecho de las Cajas y en perjuicio de los médicos que no son admitidos al servicio de las mismas. En Alemania, 8.400 médicos no admitidos por las Cajas se quejan del paro.

Todas las Asociaciones profesionales unen sus esfuerzos para conseguir que el Seguro se limite a las personas inca-

SIGUE A LA PAGINA XX





# Fantán

fenilcinconoylureto,  
de eficacia comprobada

en la gota y en  
el reumatismo

y muy alabado por lo bien que se tolera.  
Tubos de 20 tabletas de 0,50 g.

MUESTRAS Y LITERATURA,  
Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.  
Apartado 724 - BARCELONA

## E. MERCK DARMSTADT

Laboratorios biológicos Dr. Julio Méndez (Buenos Aires).

# Haptinógeno N E U M O Méndez,

para el tratamiento específico de la

**GRIPE—NEUMONIAS—BRONCONEUMONIAS—RINITIS  
PLEURESIS — ANGINA PULTACEA — LARINGITIS  
Septicemias en general.**

Haptinógeno G O N O . — Haptinógeno E S T A F I L O  
> E C Z E M A . — > D I F T E R I A

### LITERATURA CIENTIFICA:

Se remite gratuitamente solicitándola al agente en España

M. MARTÍN YAÑEZ. — Apartado 384. — MADRID. — Teleg. EMINAL. — MADRID

### Importante:

Si en su casa de compras no encuentra nuestros productos, pídales directamente al agente en Madrid.



# LA MEDICACIÓN IODADA

*Inmediata e intensa*

POR LA

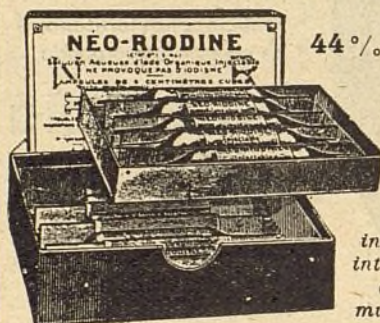
*Lenta y duradera*

POR LA

## NÉO-RIODINE RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

*Solución acuosa de yodo  
Orgánico inyectable*



44 % de yodo

En  
inyecciones  
intravenosas  
o intra-  
musculares.

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

*Eter glicérico  
yodado del ácido  
ricinoléico.*

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°) (Francia).

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

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>

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.<sup>A</sup>, 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



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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



### PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

**SUMARIO:** Sección científica: La hipotensión y la taquicardia de los tuberculosos (lección dada en el curso de Fimatología), por el Dr. Valdés Lambea.—Estado actual del problema de la infección, por el Dr. Mariano R. Caster.—Ideas actuales sobre la patogenia y tratamiento hidromineral de la gota, por Cecilia García de Cosa.—Bibliografías.—Periódicos médicos.

## La hipotensión y la taquicardia de los tuberculosos

LECCIÓN DADA EN EL CURSO DE FIMATOLOGIA

POR EL

DR. VALDÉS LAMBEA

Del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

Señores:

Hoy vamos a tratar del manoseado tema de la tensión arterial de los tuberculosos, de los fímicos hipotensos y de los fímicos hipertensos, de los taquicárdicos y de los bradicárdicos, de los pálidos y de los anémicos, que todos estos tipos encontramos frecuentemente en clínica fimatológica.

Por el hecho simple de faltar algunas veces la taquicardia y la hipotensión, se desecha el diagnóstico de tuberculosis, porque se piensa automáticamente que ésta determina en todos los casos un descenso notable de la tensión arterial, y asociamos tan íntimamente los conceptos de tuberculosis, de hipotensión y de taquicardia, que pensamos muy poco en los tuberculosos hipertensos y en los tuberculosos bradicárdicos, como pensamos poco también en los tuberculosos que tienen buen color.

La taquicardia de los tuberculosos se interpreta mal muchas veces y se toma como un índice seguro de toxemia, como fundamento para hacer un pronóstico desfavorable. La patogenia del síntoma varía mucho, y el averiguar la causa de la taquicardia es algunas veces difícil. La taquicardia puede depender de una insuficiencia cardíaca precoz, y puede desaparecer rápidamente con un tratamiento adecuado, sencillamente de reposo, o interviniendo la digital. En este caso, vese claramente no es la taquicardia del enfermo un síntoma genuinamente fímico, aun cuando esté etiológicamente, patogénicamente, relacionado con la tuberculosis.

Para criticar el valor del número de pulsaciones hay que tener en cuenta que el número de latidos

cardíacos puede variar bastante de un sujeto a otro, aun en condiciones fisiológicas, siendo, desde luego, la edad un factor de mucha importancia, pues tiene el recién nacido de 130 a 140 pulsaciones por minuto y va disminuyendo el pulso de año en año. Guy saca una media de 75 pulsaciones entre los sesenta y cinco y los setenta años, y otra media de 70, de los ochenta años en adelante. El número de pulsaciones es una constante fisiológica como el número de respiraciones, como la tensión arterial, y el clínico procurará en cada caso conocer el valor de dicha constante. Siempre que comprobemos de un modo permanente la existencia del síntoma taquicardia, pensaremos en la posibilidad de actuación de un elemento toxiinfeccioso, muy a menudo de índole fímica.

Tendremos en cuenta los factores que aumentan fisiológicamente la frecuencia del pulso: el trabajo digestivo, por ejemplo. Procuraremos descubrir la intervención de un tóxico habitual, como el café o el tabaco; algunos sujetos se hacen bradicárdicos al dejar de fumar. Sujetos sanos pueden ser taquicárdicos, con pulso estable, y hay taquicárdicos constitucionales, familias de taquicárdicos, como las hay de bradicárdicos. Yo he estudiado durante muchos años un joven sano cuyo pulso latía cerca de 90 veces por minuto. Este individuo sometía diariamente a su miocardio a duras pruebas, y salía triunfante. Podemos hablar de bradicardia normal. Yo conozco varias familias de bradicárdicos, y Mackenzie nos ha dado cuenta de un acróbata con 30 pulsaciones al minuto sin que él se diera cuenta del fenómeno, que existía desde hacía treinta años. Algunos de los bradicárdicos estudiados por mí han seguido así, bradicárdicos, no obstante padecer tuberculosis evolutivas, y en uno de ellos evolucionó un proceso de gravedad considerable, permaneciendo lento el pulso. Tengo en el Servicio en la actualidad a un enfermo con lesiones graves; se le ha hecho una frenicectomía, y tiene afectado el lado de la intervención y el opuesto: tiene bradicardia permanente.

Un andarín profesional, atlético, de pulmones sa-



nos, tenía 185 pulsaciones después de una carrera y 70 pulsaciones cuarenta minutos más tarde. Yo exploré a varios ciclistas entrenados, un día de concurso, inmediatamente después de terminar una bajada de 3 kilómetros, que emprendieron al acabar una subida fatigosa de 1.500 metros. Conté, en cuatro de ellos, 130, 156, 182 y 198 pulsaciones. Uno de los ciclistas, hora y media después de la carrera y descansando medio tumbado, tenía 105 pulsaciones y extrasístoles, existiendo una dilatación cardíaca bastante grande. Le volví a explorar a los pocos días y me convencí de que tenía su corazón escasa fuerza de reserva y de que era un tuberculoso en actividad.

Sorprende, como en este caso, que jóvenes fímicos ambulatorios de miocardios poco potentes puedan hacer a diario trabajos fatigosos, porque así lo exige la profesión o porque cultivan deportes absurdos. En estos individuos, sin existir mucha toxemia, es frecuente el hallazgo de taquicardia muy acentuada, dependiente de la insuficiencia del miocardio, y en general, cuando no está en relación la taquicardia, ni por su intensidad ni por su persistencia, con la cuantía y con la duración del esfuerzo, deducimos que el miocardio es débil, si no hay otros síntomas de toxemia. Los corazones intoxicados, y entre ellos el corazón tuberculoso, responden al esfuerzo con una taquicardia intensa. Los fímicos de corazón constitucionalmente débil suelen presentar taquicardia si engordan mucho y con rapidez, porque el miocardio no puede con el excesivo volumen del cuerpo y se entrega.

Yo he estudiado en campaña gran cantidad de jóvenes soldados, fímicos ambulatorios de tipo asténico, que se presentaban a mí intensamente pálidos, hablando de palpitaciones, de síncope, de vértigos, o de una tal debilidad que no podían seguir adelante. Había gran taquicardia e hipotensión fuerte. Con el reposo y con algún fármaco mejoraban y disminuía mucho la frecuencia del pulso. Cuando el motivo principal de la taquicardia de los fímicos está en la debilidad del miocardio, y cuando no hay en éste lesiones irreparables, suele el síntoma desaparecer con un buen tratamiento. La taquicardia permanente de los tuberculosos indica toxemia muy intensa, la intervención de un complejo basedowiano, etcétera.

Es curioso el hecho de que las lesiones tuberculosas de la pleura, como las peritoneales, suelen determinar taquicardia muy acentuada, y yo siempre que observo en un fímico la aparición insólita de una taquicardia, fijo mi atención en la pleura y en el peritoneo; pero el hecho no tiene la constancia precisa para adquirir los caracteres de una ley, porque algunas veces ni las pleuritis ni las peritonitis fímicas alteran apenas el pulso. Puede afirmarse, de todas maneras, que las excitaciones reflejas de punto de partida peritoneal o pleural son especialmente adecuadas para acelerar el corazón.

A veces está la taquicardia en relación de depen-

dencia con lesiones de los ganglios del pecho. Hoy podemos diagnosticar bien estas tumoraciones adenopáticas mediastínicas por medio de los rayos X. Las voluminosas adenopatías traqueobronquiales producen a veces taquicardia intensa y síntomas cardíacos subjetivos muy molestos. Un enfermo de Renaud, con ligero exoftalmos y taquicardia, muere, encontrándose en la autopsia ganglios hiliares tuberculosos en distintos estadios evolutivos. El neumogástrico izquierdo estaba rodeado de masas ganglionares, y una de las ramas del vago derecho hallábase englobada por otro ganglio del tamaño de un huevo de gallina. Otro enfermo tenía taquicardia intensa, y se descubrió en la autopsia que los ganglios traqueobronquiales tumefactos comprimían los nervios de la región; y otro sujeto de diez y ocho años, estudiado por el citado Renaud, había hecho pensar en una neurosis cardíaca y en el mal de Basedow frustrado: estaba inapetente, tenía palpitaciones, disnea y taquicardia enorme. En la sección, gran cardiectasia, y el bronquio derecho rodeado de ganglios tuberculosos comprimiendo los vasos y los nervios regionales.

Algunos tuberculosos taquicárdicos por adenopatía traqueobronquial se han diagnosticado de basedowianos: observaciones algo antiguas que hoy no conducirían al error tan fácilmente gracias a la investigación del metabolismo basal. Un enfermo de Merklen tiene mucha taquicardia y ligera procidencia ocular, pensándose en la enfermedad de Graves; pero se encuentra en la necropsia una masa ganglionar fímica que rodea el bronquio derecho y que comprime el neumogástrico. Otro sujeto estudiado por Vincent tiene tos y taquicardia constante, exoftalmos, haciéndose equivocadamente, como en el otro sujeto, el diagnóstico de enfermedad de Basedow.

El factor tiroideo, según acabo de indicar, es una causa muy frecuente de taquicardia, en general, y un importante motivo patogénico de la taquicardia de los tuberculosos. Yo no debo insistir en esta lección sobre el tema tuberculosis e hipertiroidismo; pero sí señalar que el fondo tuberculoso se descubre muy a menudo en los hipertiroideos jóvenes, y que es buena regla de conducta clínica la de buscar la tuberculosis en todos los enfermos de Basedow, como el buscar en los tuberculosos los síntomas hipertiroideos. Sistemáticamente, en fimatología, pero sobre todo en presencia de los taquicárdicos desconcertantes, hay que buscar el metabolismo basal. En algunos tuberculosos la taquicardia se produce porque la toxemia da lugar a hiperfunción del tiroides.

Algunas veces la taquicardia del enfermo es un índice de intoxicación, y se acentúa a la par que aparecen otros síntomas de toxemia. Pero sin ser ésta muy notable, sin síntomas de reacción del tiroides, sin gravedad anatómica, valga la frase, del proceso tuberculoso, es muy grande la taquicardia y parece que en estos casos el complejo tóxico fímico actúa de un modo selectivo sobre los aceleradores cardíacos.



**Q**ué prescribir en los casos de  
amenorrea, menstruaciones difíciles  
o rebeldes, oligomenorrea, vómi-  
tos incoercibles del embarazo ?

**1 a 3** comprimidos 3 veces al día, ó  
**1** inyección 2 a 3 veces por semana, de

## **AGOMENSINA** "Ciba"

Sustancia hidrosoluble del ovario

**Q**ué prescribir en los casos de disme-  
norreas funcionales, menorragias  
sin lesión orgánica, hemorragias  
de la pubertad y menopausia ?

**1 a 2** comprimidos 3 veces al día,  
**1 ó 2** inyecciones al día en casos rebeldes, de

## **SISTOMENSINA** "Ciba"

Hormona ovárica liposoluble

*Resuelven estos problemas que con  
frecuencia se presentan al facultativo*

**CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA**



**DE PRODUCTOS QUÍMICOS**

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744



REMINERALIZACIÓN - POLIOPOTERAPIA  
RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

**OPOCALCIUM**  
del Doctor GUERSANT

*Sellos, comprimidos, granular*

**OPOCALCIUM IRRADIADO**

Ergosterina irradiada (Vitamina D)  
asociada al complejo endocrino-mineral  
del Opocalcium

*Sellos, comprimidos, granular*

**OPOCALCIUM ARSENIADO**

*Sellos*

**OPOCALCIUM GUAYACOLADO**

*Sellos*

---

Laboratorios del Opocalcium A. RANSON, Doctor en Farmacia

121, Avenue Gambetta, PARIS (XX<sup>e</sup>)

Representante general para España : Miguel SOLER elias,  
Diputación, número 239. — BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

La ap  
quicán  
pidez,  
ceso m  
taqui  
antes  
much  
menin  
240 pu  
la mu  
micas.

Me  
te de s  
hablad  
porque  
trabaj  
das las  
tud, si  
perfect  
frecuer  
gico, la

Cui  
bradica  
en este  
auricul  
está tra  
lo pued  
ción, o  
tonces  
diente  
anatóm  
lo, de t  
solamen  
de fibri  
y el ve  
chosas  
algunas  
que no  
parece

En l  
ciosos, s  
encontr  
como, p  
murió p  
síndrom  
te bien,  
do mole  
predomi  
intenso  
he conta  
tante ac

A ve  
es de ori  
el vago  
me. La  
gen en l  
ferma m



La aparición de la bradicardia en un tuberculoso taquicárdico, evolucionando el nuevo síntoma con rapidez, señala algunas veces la existencia de un proceso meníngeo. Pero en las meningitis, al final, hay taquicardia, acentuadísima en ocasiones: ocho horas antes de la muerte yo conté 200 pulsaciones en un muchacho de quince años, y 119 en otro enfermo de meningitis un día antes de morir. Ortnier ha contado 240 pulsaciones en un sujeto, siete minutos antes de la muerte; cinco más tarde, 112 pulsaciones arrítmicas.

\* \*

Me he referido antes a la braquicardia sorprendente de sujetos con graves lesiones tuberculosas, y he hablado también de lentitud fisiológica del pulso, porque, en efecto, en algunos individuos el corazón trabaja despacio, notablemente despacio a veces; todas las cavidades cardíacas participan de esta lentitud, siendo el fenómeno compatible con una salud perfecta. En un momento dado hácese el pulso más frecuente por la intervención de un complejo patológico, la intoxicación tuberculosa a menudo.

Cuidaremos en todos los casos de diferenciar la bradicardia verdadera del bloqueo, recordando que en este caso el estímulo se transmite mal desde la aurícula al ventrículo, o no se transmite. Cuando está trastornada la función conductora del ventrículo puede estar simplemente retrasada dicha conducción, o el bloque puede ser completo, trabajando entonces el ventrículo con un ritmo propio, independiente del auricular. Puede suceder que el proceso anatómico se localice en una de las ramas del fascículo, de tal modo que el retraso afecta a un ventrículo solamente. En los estados de tremulación auricular y de fibrilación, la aurícula trabaja desordenadamente, y el ventrículo no responde a las frecuentes y caprichosas contracciones auriculares. En ciertos estados algunas contracciones ventriculares son tan débiles que no llegan al dedo, y por el examen del pulso nos parece no haber taquicardia.

En la tuberculosis, como en otros procesos infecciosos, se han señalado casos de bloqueo, y yo le he encontrado alguna vez en fímicos de marcha rápida, como, por ejemplo, en una granúlica, que yo creo que murió por ese mecanismo. Algunos sujetos con un síndrome de bloqueo cardíaco pueden pasarlo bastante bien, siendo el corazón suficiente, y apenas teniendo molestias. Yo conozco un fímico fibrocaseoso, con predominio de las formaciones cirrosas y con bloqueo intenso desde hace, por lo menos, veinte años; yo le he contado 38 pulsaciones haciendo vida normal bastante activa.

A veces tenemos que admitir que la braquicardia es de origen nervioso, por vagotonía tóxica o porque el vago está excitado por un ganglio que le comprime. La irritación neumogástrica puede tener su origen en los pulmones mismos o en la pleura. Una enferma mía, de veintidós años, tiene lesiones caseosas

abundantes en ambos lados y 66 pulsaciones; otra enferma, que morirá pronto, muy delgada, con toxemia intensa, tiene 56 pulsaciones; y un joven de veintidós años, con estado caquéctico, con extensísimas lesiones pulmonares y con pleuritis exudativa, tiene 70 pulsaciones solamente.

\* \*

Diciendo que el enfermo es un vagotónico o un simpaticotónico, pretendemos a veces explicar la existencia de la taquicardia o de la bradicardia, pero trátase de concepciones ambiguas y esquemáticas. Parece que después de pronunciar esas palabras comprendemos el mecanismo del fenómeno, y en realidad no sucede así. Queremos decir con esto de la vagotonía que predomina el tono del vago, pero hay que saber por qué sucede así cuando en ciertos fímicos hay síndromes de hiperexcitabilidad del vago como los hay en otros de hipertonia simpática. Que la bradicardia de algunos tuberculosos parece debida a una excitación transitoria del vago, puede afirmarse, toda vez que desaparece con la atropina: inyectando un miligramo de este fármaco el pulso se acelera, aumentando bastante el número de pulsaciones; hay aumentos de 40 ó 50.

Seguramente integran el complejo toxemia algunos compuestos que intervienen en ciertos casos produciendo taquicardia o bradicardia. Conviene recordar que la nicotina determina abolición del tono del vago, y por ello el pulso se acelera. La muscarina y la colina producen efectos análogos a los determinados por la abolición del neumogástrico: la colina (*trimetiletilamonio oxidrilico*  $\text{CH}_3 \text{ CH}_2 \text{ CH}_2 \text{ N CH}_2 \text{ CH}_2 \text{ CH CH}$ ) es un componente normal del organismo. Disponemos, pues, de tóxicos dotados de fina selectividad, y esto nos explica la posible existencia de trastornos cardíacos por la simple intervención del veneno. Es posible conseguir con el cloroformo (Frohlich y Pick) modificar la función de conductibilidad, de tal modo que se produce un síndrome análogo al del retardo de la conducción. La optoquina es capaz, según los investigadores citados, de producir también trastornos de la función conductora. Parece que el cloral actúa sobre los elementos excitomotores cardíacos.

El punto de partida de la excitación neumogástrica puede estar en una viscera que trabaje en malas condiciones, muy a menudo en el estómago. El síndrome es a veces clarísimo, como en un enfermo muy nervioso, delgado, pálido, con crisis de hipersecreción gástrica, con espasmos pilóricos, con vértigos y, en estos momentos, con sensación de poca vida y bradicardia. Pasa la crisis y la bradicardia desaparece. Otras veces no se sabe por qué el tuberculoso es bradicárdico. Una muchacha de diez y ocho años, con tuberculosis pulmonar benigna, buena nutrición y poca toxemia, siéntese sumamente débil y dice que se cansa hasta por el hecho de peinarse; tiene 60 pulsaciones y cabe pensar en este



caso en una insuficiencia suprarrenal; pero los ci-  
mientos de este diagnóstico son poco firmes. Un su-  
jeto de cuarenta y dos años, con lesiones neumóni-  
cas de los dos pulmones, tiene 58 pulsaciones, la evo-  
lución es malísima, es una tuberculosis de marcha  
rápida.

\*  
\*  
\*

Ahora vamos a hablar de la tensión arterial en  
los fímicos; pero yo deseo, antes de seguir adelante,  
hacer un breve recordatorio de fisiología normal y  
patológica para que sea la lección más instructiva.  
El pulso supone una serie de fenómenos que se pro-  
ducen en el vaso explorado y que aprecia la mano  
que palpa. Por la influencia de la oleada sistólica, y  
gracias a la elasticidad, se dilatan las arterias, exis-  
tiendo, además de este movimiento de distensión del  
vaso, otro de locomoción, que se patentiza durante  
la proyección sistólica del extremo arterial corres-  
pondiente a un muñón de amputación o, al proyec-  
tarse sistólicamente en forma de arco, una arteria  
disecada y libre de adherencias, por la cual circula  
la sangre. Supone, pues, el pulso el movimiento en  
masa de la arteria y el efecto de la onda líquida que  
determina la distensión del vaso. De un modo cons-  
tante se ejerce la presión de la sangre sobre la pared  
de la arteria y se refuerza durante el sistole, siendo  
la conmoción ondulatoria producida por la oleada  
sistólica, directamente proporcional a la masa de  
sangre y a la energía de la contracción ventricular  
que la impulsa. La velocidad es función de la fuerza  
del sistole y de las resistencias arteriales, y si éstas  
son iguales en todo el trayecto, la magnitud de la  
onda pulsátil es proporcional al volumen de la oleada  
ventricular y a la velocidad de esta onda, velocidad  
que en este caso es función únicamente de la energía  
del sistole.

La elasticidad de la arteria actúa transformando  
el trabajo intermitente del corazón en una fuerza pro-  
pulsora constante colaboradora del trabajo cardíaco:  
el vaso se distiende al recibir la oleada sistólica y  
reacciona contrayéndose al ser rebasado su límite  
elástico, siendo en este momento comprimida la masa  
líquida, que avanza, necesariamente, porque no pue-  
de retroceder al existir las sigmoideas. El tono vascu-  
lar hace que conserven las arterias un diámetro bas-  
tante fijo.

El simpático cervical contiene fibras vasoconstric-  
toras que salen de la medula por las raíces anteriores,  
incorporándose al simpático por los ramos comuni-  
cantes. La sección de dichas raíces, desde el primer  
par dorsal al primero sacro, determina la vasodilata-  
ción de las regiones correspondientes; su excitación,  
vasoconstricción. Libres los vasos de la acción tónica,  
por parálisis de los nervios constrictores, se distien-  
den pasivamente. El centro vasoconstrictor está en el  
bulbo, en el suelo del cuarto ventrículo, descendien-  
do las fibras por los cordones anterolaterales, y co-  
nexionándose en la substancia gris con los centros

vasomotores secundarios. También está en el bulbo  
el centro principal vasodilatador, pudiendo actuar  
sobre él las excitaciones reflejas. Existen estaciones  
centrales en el hipotálamo y en la corteza cerebral  
misma.

\*  
\*  
\*

Al desarrollar este tema de la tensión hay que  
escribir muchos epígrafes importantes: tensión y  
constitución, tensión y edad, tensión y trabajo; ten-  
sión, vigilia y sueño, factores químicos de la hiper-  
tensión, tensión y alimentación, tensión y hormonas,  
etcétera, etc.

No hay cifra normal general de tensión, como no  
la hay de temperatura ni de movimientos respirato-  
rios, ni de número de leucocitos, ni de tasa de calcio  
hemático ni de metabolismo basal, y debemos hablar  
en todos los casos de la normal individual, del valor  
fundamental en cada sujeto. La tensión arterial, como  
he dicho, es una resultante de varios mecanismos, de  
varias funciones distintas y diversas, según los indi-  
viduos, y hay seguramente una tensión óptima para  
cada sujeto; cada organismo marcha mejor que de  
ninguna otra manera con una tensión determinada y  
el concepto numérico de la hipotensión como el de la  
hipertensión no debe sujetarse a pautas fijas. Es, a  
mi juicio, muy criticable una afirmación de Vaquez  
cuando este autor dice que debemos hablar de hiper-  
tensión si en su aparato obtenemos cifras de 160 mi-  
límetros en el hombre y de 150 en la mujer. En Clíni-  
ca no debemos sentar afirmaciones tan rotundas, y yo  
creo que se puede hablar de hipertensión en ciertos  
casos con cifras bastante menores. Es frecuente un  
tipo de hipotenso constitucional, el tipo asténico de  
corazón en góta, arterias flácidas, tensión arterial  
baja, tendencia al síncope, y en presencia de tales in-  
dividuos la cifra, no ya de 160, sino otra muy infe-  
rior debe hacernos hablar de hipertensión arterial.  
He sospechado muchas veces la existencia de un  
proceso renal, confirmando éste más tarde, por el  
hecho de encontrar una tensión de 130 milímetros,  
por ejemplo, en uno de tales asténicos, y me había  
sorprendido esto porque este individuo, no muchos  
meses antes, tenía una tensión máxima poco mayor  
de 100 milímetros. Por el contrario, ante ciertos su-  
jetos bien constituidos, de corazón potente hasta en-  
tonces, podemos admitir hipotensión aun en presen-  
cia de cifras esfigmomanométricas no exageradamen-  
te bajas.

La tensión expresa el estado neuroendocrino del  
individuo, es, en parte, una función hormonal, está  
intervenida en la anatomía del corazón, por la de los  
vasos, por elementos de índole metabólica. Depende  
la tensión de la constitución del sujeto, y hay una  
hipotensión constitucional como una hipertensión  
constitucional. Influyen especialmente en la tensión  
el tiroides y las suprarrenales. A las variaciones de  
la tasa hemática de la adrenalina, a la hipoproduc-  
ción o hiperproducción de esta hormona, a la prepon-



# LAS SALES DE BISMUTO Y DE ZINC EN TERAPEUTICA

Las sales de bismuto, en aplicaciones externas, bajo la forma de pomada, han sido consideradas por los dermatólogos como verdaderos medicamentos profilácticos. Se les ha achacado una posible toxicidad, por lo que el profesor Meunier recomendó las arcillas blancas muy puras. El óxido de zinc se halla dotado de grandes propiedades astringentes, secantes y aisladoras. El BALSAMO BEBÉ está constituido a base de subnitrato de bismuto, kaolin y óxido de zinc. La preparación especial del primero, le proporciona estabilidad; el kaolin, tipo de las arcillas blancas más puras, impide la posible toxicidad, y el óxido de zinc agrega sus imprescindibles cualidades. Por esto el BALSAMO BEBÉ ejerce una poderosa acción profiláctica y curativa en las enfermedades cutáneas.



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

Digestiones tardías, regurgitaciones, mal sabor de boca, saburra lingual

Se corrigen con el uso de Gastrosalus, cuya acción neutralizante restablece el equilibrio ácido-básico del quimismo gástrico intestinal. No produce éxtasis ni retención. No atenúa la sensibilidad y movilidad gástricas. No suprime las reacciones normales. Es el mejor regulador de la digestión y el más poderoso e inofensivo tónico.

Gastrosalus es una combinación estable de alcalinos, compuesta de sal de Vichy, perhidrol de magnesia, nitrato básico de bismuto, óxido de magnesia, sales efervescentes y esencia de menta para aromatizar. No contiene calmantes, analgésicos ni tóxicos. Es superior, por lo tanto, en eficacia y rapidez a todos los específicos conocidos.

Concesionario: FEDERICO BONET / Apartado 501 / MADRID

# GASTROSALUS



Ayuntamiento de Madrid



# ION - CALCINA

## PALLARÉS

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

*Frasco.* — Para uso interno.

*Ampollas.* — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

# STROPHANTUM

## PALLARES

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

# ÆTHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

**Tos** *espasmodica*

**Tos Ferina**

**Tos** *de los* **Tuberculosos**

Laboratoire de L'ÆTHONE, 9, Rue Boissonnade, París.





derancia o a la exigüidad del sistema cromafine, se le ha dado una importancia grande para explicarse la hipo o la hipertensión. Pero como autores de solvencia no logran demostrar notables variaciones en la tasa de adrenalina hemática, sucediendo que trabajos recientes niegan que dicho complejo existe en la sangre arterial, ha sido necesario, como lo ha hecho Lichwitz, acudir a una teoría especial sobre la actuación de la adrenalina. Dice el autor citado que la adrenalina pasa desde el sistema cromafine al simpático y actúa por vía nerviosa, como la toxina tetánica, por ejemplo, llegando sus acciones hasta las *substancias receptoras* en las paredes de los vasos.

Evidentemente es la hipotensión un síntoma de gran importancia para la caracterización clínica del tuberculoso, pero sólo aceptaremos el síntoma como elemento de pronóstico después de haberle analizado y sopesado cuidadosamente. Hay fímicos hipotensos habituales, hipotensos permanentes, con hipotensión constitucional e inmodificable, que se pueden incluir en el grupo de los individuos de *constitución hiposuprarrenal* de Bauer, que tendrían *inferioridad biológica del sistema cromafine*. Están estos sujetos constituidos de tal manera que sus organismos marchan siempre con una tensión baja, ejercitándose todas sus funciones con una tensión reducida y quizá mejor con ella que con otra más alta, y obstinarse en elevar la tensión de un modo permanente es pretender un imposible. Yo, que me fijé desde hace muchos años en los factores constitucionales, en los endocrinos, en los extratoxémicos, por decirlo así, de la hipotensión de los tuberculosos, he estudiado a muchos de estos hipotensos largamente, sin que presenten modificaciones en sus tensiones arteriales. La adrenalina eleva bruscamente la tensión arterial, si se inyecta intramuscularmente, o en las venas, pero los efectos son rapidísimos.

No tienen apenas importancia los números que expresan la tensión arterial, por lo que se refiere al diagnóstico y al pronóstico de la tuberculosis. Se habla de tensiones arteriales normales, de la tensión que permite hacer un buen pronóstico o un pronóstico malo, etcétera. Ya he dicho lo bastante para opinar sobre este asunto. Hay que tener en cuenta la edad: la tensión en el niño es pequeña y va subiendo para alcanzar la cifra de 110 milímetros, entre los doce y los quince años; sigue ascendiendo, estando mucho tiempo alrededor de 120-125, y subiendo hacia la cuarentena. A esta edad ya se empiezan a hacer patentes los elementos tóxicos, los elementos de desgaste arterial, que se han ido lentamente acumulando.

Para dar valor a la cifra esfigmomanométrica no hay que olvidar las modificaciones que sufre por el ejercicio. Tomando a un individuo la tensión sentado, obtenemos distinta medida que si se echa en la cama, y también varía el resultado de la observación según que se mida la tensión arterial inmediatamente de acostarse o después que descansó el sujeto. El trabajo muscular aumenta la tensión, sin que parezca estar

este aumento en relación con el esfuerzo. Las modificaciones del trabajo cardíaco y seguramente los tóxicos del ejercicio muscular intervienen en estas variaciones. Es interesante señalar que la tasa del ácido láctico hemático en los sujetos no habituados se eleva más que en los que lo están.

Es conveniente en ciertos casos medir la tensión arterial durante el sueño, porque desaparecen entonces las oscilaciones existentes durante el día, oscilaciones que adquieren especial importancia en ciertos individuos. Durante el sueño desciende la tensión arterial y se producen descensos de 20 y de más milímetros, siendo en los hipertensos estos descensos aun mayores. El no tener en cuenta estos elementos y otros más que voy a ir estudiando en sus relaciones con la presión de la sangre, es causa de muchos errores. Durante la vigilia actúan sobre los centros vasomotores toda suerte de estímulos que desaparecen con el sueño. La actuación de muchos de estos excitantes adquiere especial importancia en los individuos con nerviosidad, y sobre todo en los hipertiroideos. La frecuencia del hipertiroidismo de origen tuberculoso me obliga, para terminar la lección, a insistir algo sobre este extremo.

Uno de los efectos más constantes de los productos tiroideos es la taquicardia, síntoma casi constante en el síndrome de Basedow. El corazón de estos enfermos es notablemente hipersensible a diversos estímulos: a los tóxicos (café, tabaco, alcohol), a los psicoafectivos, etc. De pronto, y en ocasiones sin motivo aparente, late el corazón de un modo violento, y esto influye sobre la tensión arterial, porque ella está intervenida por la energía sistólica, inconstante en los hipertiroideos. En éstos se exageran las oscilaciones de la tensión, y si la medimos por la noche mientras duerme el enfermo, solemos obtener cifras 30 ó 40 milímetros más bajas que las que encontramos durante el día. En los hipertiroideos hay labilidad vasomotora, hiperexcitabilidad vasomotora, y para adquirir una idea exacta de la tensión arterial hay que descartar en lo posible estos factores. La práctica de medir la tensión arterial durante el sueño está poco generalizada y conviene extenderla.

Casi siempre dan los hipertiroideos cifras tensionales bajas. A menudo encontramos en estos individuos hiperplasia del sistema linfático: amígdalas grandes, ganglios periféricos palpables, retardo de la involución tímica, hiperplasia de los folículos intestinales. Según lo que hoy sabemos de estas cosas podemos hablar muchas veces de hipoplasia del sistema cromafine, y es posible que todo esto intervenga en la tensión arterial. Se admite que en el estado timicolinfático hay una hipoplasia del sistema cromafine. En individuos que no tienen el metabolismo basal elevado, podemos recoger a veces signos de hiperexcitabilidad vasomotora, y existe una hiperexcitabilidad vasomotriz, constitucional y hereditaria. Las reacciones vasomotoras y las características psíquicas se relacionan íntimamente, estando intervenidas unas y otras por influencias endocrinas.



## Estado actual del problema de la infección <sup>(1)</sup>

POR EL

DR. MARIANO R. CASTEX

Miembro de la Academia Nacional de Medicina, profesor titular de Clínica Médica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Buenos Aires.

Lo propio ocurriría, según Rosenow, respecto a la virulencia de los microbios, capaz de ser modificada a nivel de los tejidos en que se implantan, merced a la acción desplegada por las fuerzas defensivas del organismo.

Es universalmente conocido y admitido que ciertos microorganismos poseen *evidente afinidad por tejidos u órganos determinados*; el gonococo, por las serosas articulares; el meningococo, por las meninges. Forsner, en 1902 (18), lo comprobó en el estreptococo por el riñón. E. C. Rosenow sostiene, basado en las investigaciones experimentales personales realizadas desde 1909 hasta la actualidad, *la afinidad tisular electiva* de los gérmenes patógenos pertenecientes al grupo neumostreptocócico. Los microbios aislados de los focos sépticos primarios eran idénticos a los cultivados en las lesiones metastásicas; estos gérmenes cultivados en medios especiales, inoculados endovenosamente en animales diversos, reproducían con frecuencia sugestiva las lesiones originales del enfermo.

En casos de fiebre reumática, hizo Rosenow siembras en medios especiales con material de amígdalas sépticas, de dientes infectados o de otro foco séptico cualquiera; diluyendo los cultivos hacia inoculaciones endovenosas en el conejo, provocando poliartritis; el resultado experimental era el mismo inoculando los cultivos obtenidos de las articulaciones enfermas.

Rosenow obtuvo cultivos de estreptococos en enfermos de reumatismo, en el 87,5 por 100 de las siembras de contenido articular y en el 75 por 100 de las siembras de la sangre.

Si el material procedía de un enfermo de iritis, de úlcus gastroduodenal o nefritis, la inoculación en el animal reproducía con suma frecuencia la lesión existente en el enfermo.

De ello dedujo Rosenow (19) que *las bacterias que penetran desde un foco infectivo dentro del torrente sanguíneo, no se localizan por casualidad en órganos o tejidos, sino que sólo se implantan en aquellos tejidos para los cuales tienen afinidad electiva*.

Con cepas de estreptococos provenientes de procesos humanos determinados reprodujo la afección humana en el animal con frecuencia extraordinaria. Así, por ejemplo:

Cepas de estreptococos procedentes de sujetos afectados de:	Número de cepas.	Número de animales inoculados.	Reprodujose la lesión humana en el animal:
Miositis .....	28	202	80 por 100
Úlcus gástrico .....	37	168	68 —
Apendicitis .....	17	71	70 —
Poliomielitis aguda.	22	123	46 —
Colecistitis .....	12	41	80 —

Por ello infiere Rosenow que *la localización del germen está intimamente vinculada a la afinidad tisular electiva*.

Numerosos investigadores que han deseado confirmar

los resultados de Rosenow han fracasado. En el capítulo sobre infección oral y dentaria volveremos sobre el punto, refiriendo lo ocurrido a Matthes y Adloff, en Konigsberg (20).

De momento bástenos acentuar que la metódica y técnica es decisiva para lograr éxitos experimentales y que los investigadores, tales como Matthes y Adloff (20), que se han ceñido estrictamente a la *heurística de Rosenow* han confirmado los resultados del genial investigador norteamericano.

*La heurística de Rosenow* ha sido publicada en infinidad de ocasiones. Rosenow, en 1915 (21), sostuvo que las bacterias tienen tendencia específica para localizarse en ciertos tejidos, dependiendo dicha tendencia de algunas propiedades inherentes a los gérmenes y, sobre todo, de los estreptococos que intervienen en la infección focal crónica.

Rosenow, en una serie de artículos publicados en 1915, 1916, 1918 y 1919, sostuvo haber probado que los estreptococos *recién aislados* de tejidos enfermos o de focos sépticos de sujetos afectados de reumatismo, eritema nudoso, úlcus gastroduodenal, colecistitis, apendicitis, miositis, herpes zóster, parotiditis epidémica, poliomiélitis aguda, etcétera, *tienden a reproducir la lesión existente en el ser humano del cual proceden, en el animal inoculado experimentalmente*.

Hardt (22), en el úlcus gastroduodenal; Bumpus y Messier (23), en la pielonefritis, y Messier y Gardner (24) confirmaron los asertos de Rosenow en lo que a la *localización selectiva* respecta.

En cambio, Moody, Henrici y Meyer no lograron comprobar la *afinidad selectiva de localización* de los gérmenes en sus investigaciones experimentales, fracaso que Harden (25) atribuye a no haberse ceñido estrictamente a la técnica de Rosenow, *conditio sine qua non* para obtener el resultado perseguido.

Agrega que los estreptococos de la infección focal crónica son muy sensibles al oxígeno, que los cultivos deben mantenerse con una tensión dada de oxígeno, que las inoculaciones deben hacerse empleando cultivos muy frescos y que la localización selectiva de los gérmenes desaparece en los cultivos aerobios, hechos todos sobre los cuales ha insistido reiteradamente E. C. Rosenow (25).

Nickel, en 1926 (26), insiste al respecto; indica las precauciones a tomarse en las siembras de focos sépticos dentarios, amigdalíticos, prostáticos y uterinos, las cuales deberán hacerse en los medios de cultivo aeróbicos y anaeróbicos aconsejados por Rosenow. La inoculación se hará en la vena marginal de la oreja del conejo, empleando cultivos de diez y ocho a veinticuatro horas, en dosis de 2 a 12 c. c., según el tamaño del conejo, dosis que podrá repetirse por segunda y tercera vez. El promedio de la supervivencia del animal inoculado es de dos semanas, siendo excepcional la de catorce meses. La lesión engendrada en el conejo no obedece a una intoxicación letal, sino que debe considerarse como el efecto específico de los microbios incorporados actuando sobre el tejido elegido. La inoculación de bacterias provenientes de un foco séptico en el animal debe considerarse idéntica a la liberación espontánea que ocurre en el hombre desde el foco infectivo hacia la circulación. Los animales exhiben lesiones análogas a las humanas, debido a la afinidad selectiva del microbio. Este poder de localización ha sido evidenciado en sujetos con artritis, miocarditis, endocarditis, miositis, avelitis, úlcus gastroduodenal, etc.

La comprobación de microbios patógenos idénticos en

(1) Véase el número anterior



las siembras de focos sépticos y de los tejidos afectados, así como la producción de procesos infectivos similares en los animales inoculados, de cuyos tejidos lesionados vuelve a aislarse el mismo germen con idénticas facultades patogénicas, constituye para Billings (27) la prueba crucial de la correlación etiogénica entre el foco séptico y la afección sistémica existente.

A qué se debe la afinidad electiva de las diversas especies de estreptococos, se ignora hasta el presente. Rosenow asigna importancia grande a las variaciones en el grado de virulencia y al propio tiempo a las estructuras químicas y cargas eléctricas (28).

Schottmüller vuelve en 1927 (29) a rebatir la doctrina norteamericana de la infección focal, la que en el concepto de Billings, Mayo y Rosenow considera errónea. Dentro de su concepto patológico y bacteriológico del foco séptico, considera a la infección dentaria como infección local, que puede ser puerta de entrada de episodios sépticos agudos; pero no admite que ellos sean verdaderos «focos sépticos». Insiste en esta oportunidad, como lo hiciera anteriormente (30), en que los gérmenes microbianos jamás se multiplican en la sangre, a pesar de sostenerlo Selter (31) y Sigwart (32). Aun cuando rebate la doctrina americana de la infección focal, dice Schottmüller (33): «En todo enfermo con lesión oricovalvular, se debe tratar prolijamente la infección focal florida—y sólo ésta—a asiento dentario u otro, y dentro de lo posible, hacerlo inocuo lo más precozmente posible». Agrega el ilustre clínico y bacteriólogo alemán que «en la sepsis ya constituida la extracción dentaria o la extirpación amigdalica no da resultado».

Al terminar su artículo declara Schottmüller que no comparte ni la posición radical de Fischer ni el concepto extremista de Rosenow.

La «infección focal» ha sido tema oficial en el reciente Congreso Alemán de Medicina Interna, reunido en Wiesbaden, en Abril de 1930 y entre los relatores figuran Pässler y Rosenow, quienes se reafirman en todos los conceptos vertidos anteriormente (34).

Para establecer la correlación causal entre la infección focal y las manifestaciones morbosas, la clínica es la que domina—dice Pässler (34)—; la sanación de afecciones secundarias por la eliminación quirúrgica de focos sépticos primarios, es probatoria; en la coexistencia de focos sépticos múltiples la eliminación de uno solo no basta; la exacerbación a nivel de los focos sépticos acompañada de agudización de la afección secundaria, es probatoria; las afecciones recidivantes responden casi siempre a la infección focal; la teoría de la afección secundaria durante el tratamiento quirúrgico del foco séptico, es probatoria de la correlación causal; deben buscarse y eliminarse los focos sépticos primarios y secundarios en los sujetos que sufren de reumatismo, nefritis, apendicitis, colecistitis, ulcus gastroduodenal, iritis y dermatosis.

E. C. Rosenow (34) informa sobre 6.000 experimentos en animales, que arrojaron resultados positivos del 42 al 76 por 100 en ulcus gastroduodenal, colitis, apendicitis, colecistitis, poliartritis, eritema nudoso, miositis, neuritis, piodermitis, herpes zóster, endocarditis e iridociclitis.

En la discusión que sigue a los relatos de Pässler y Rosenow, intervienen numerosos prestigiosos investigadores alemanes, entre los cuales figuran los siguientes:

Schottmüller, que repudia una vez más el concepto de E. C. Rosenow sobre la infección focal, reafirmando sus ideas anteriores;

Ruhmann, de Berlín, que no admite la importancia atribuida a la infección focal en el reumatismo;

Rosenow, de Berlín, que confirma los asertos de E. C. Rosenow sobre afinidad electiva de los gérmenes, en la localización en el animal;

Kämmerer, de Munich, que acentúa la correlación entre los focos sépticos y las afecciones alérgicas: asma, urticaria;

Petschaer, de Innsbruck, que encuentra la infección focal en el 61 por 100 de los nefríticos y poliartríticos reumáticos.

Por nuestra parte, creemos en la existencia de la infección focal, creemos en la frecuencia de la misma, creemos en la importancia práctica y científica de la cuestión y creemos en la doctrina de Billings y Rosenow, basándonos en la observación clínica de más de un decenio, en las investigaciones anatomopatológicas y bacteriológicas realizadas y en el número reducido de experiencias practicadas.

Creemos también que no debemos dejarnos arrastrar por entusiasmo excesivo, pues con ello se arriesga el perder el juicio imparcial y el desperdiciar observaciones afeccionantes por prejuicios o preconceptos.

Escépticos en alto grado, al iniciar nuestros estudios sobre la infección focal, resolvimos contemplar imparcialmente el resultado de nuestras observaciones, sin amorar cualquier evidencia, ni exagerar lo que pareciera probar la exactitud de la doctrina americana, y el fruto de nuestras observaciones y de nuestra experiencia adquirida durante un decenio, nos ha hecho entusiastas partidarios y fervientes admiradores de la doctrina americana de la infección focal.

#### LOS FOCOS SÉPTICOS

Davis, de la clínica de Billings (35) consigna en 1910 y 1912 los resultados clínicos, bacteriológicos y experimentales alcanzados en las investigaciones realizadas sobre la infección focal de amígdalas, vejiga y próstata.

Billings recopila en 1921 (36) todos sus trabajos anteriores y estudia detenidamente los siguientes focos sépticos: alveolodentarios (enfermedad de Ragg); la infección aguda y crónica de las amígdalas y del tejido linfadenóideo del nasofarinx; la mastoiditis y las sinusitis paranasales; la bronquitis crónica y bronquiectasias; la infección focal del tubo gastrointestinal, que abarca no sólo la infección intestinal, sino también la de vesícula biliar, páncreas, apéndice y recto; la infección crónica del aparato genital masculino y femenino, la del aparato urinario.

Fischer, gran admirador de Billings, circunscribe su estudio a la infección focal de dientes y amígdalas (37).

Fraenkel Kuttner (38) estudian sucesivamente la infección focal a asiento dentario, amigdalico, sinusal, ótico, cutáneo, respiratorio, gástrico, apendicular, colónico, ganglionar mesentérico, vesicular, urinario, genital y medular óseo.

Estudiaremos en capítulos sucesivos la infección focal en forma particularizada, vale decir, aisladamente la infección dentaria, amigdalica, nasal, ótica, etc., deseando aquí detenernos brevemente sobre la infección crónica o focal, de bronquios, de la médula ósea, de los ganglios mesentéricos y de la piel, pues sobre ella no hemos de volver.

La bronquitis crónica, las bronquiectasias y el asma representan, según Billings (39), un tipo de infección crónica localizada que puede constituir el factor etiogénico en infecciones sistémicas y en trastornos trofometabólicos de huesos y articulaciones, probablemente imputables a



la absorción de productos tóxicos. En estas circunstancias los esputos exhiben una flora microbiana variada.

A pesar de estar la mucosa respiratoria en comunicación con la cavidad bucal y el aire—dicen Fraenkel-Kuttner (40)—, y estar expuesta a todas las contaminaciones, es, sin embargo, rara la infección general de origen pulmonar. Como *focos sépticos respiratorios* capaces de engendrar infección general, consignan Fraenkel-Kuttner a las bronquiectasias, a los abscesos y gangrenas pulmonares y a las cavidades tuberculosas.

Stillmann realizó investigaciones experimentales en la laucha, infectándolas por vía aereógena; en la infestación con estreptococo hemolítico logró provocar la septicemia, no consiguiéndolo con el neumococo.

Leichtentritt y Schober estudiaron la septicemia gripal en niños, y Leuchtenberger la meningitis gripal; obtuvieron con frecuencia cultivos puros de Pfeiffer de los ganglios traqueobronquiales, y creen que dichos ganglios traqueobronquiales fueron los focos sépticos que dieron origen a las infecciones sistémicas gripales (40).

Fraenkel-Kuttner (40), en cadáveres, comprobaron con frecuencia el bacilo de *Klebs Löffler*, no sólo en el anillo faucial, sino también en los pulmones, en los ganglios peritraqueobronquiales y en otros órganos; piensan que los dichos ganglios mediastinales hacen las veces de foco séptico y que pueden originar septicemias. En un caso de leucemia aguda aislaron el bacilo de *Klebs-Löffler* de la medula ósea, lo cual para Fraenkel-Kuttner abona la posibilidad de una diseminación séptica del *Löffler* y la vinculación de afecciones sistémicas características con procesos infectivos.

En un número reducido de enfermos, afectados de *bronquitis crónica* de años de subsistencia y con manifestaciones de índole toxémica, no atribuibles a otra filiación que la bronquial-tóxica, nos ha sido dado poner en evidencia, mediante el examen bacteriológico del esputo (cultivos en suero coagulado), la presencia en abundancia de bacilos de *Klebs Löffler*, lo cual nos indujo a instituir la medicación suero-terápica específica con éxito completo, tanto sobre los fenómenos bronquíticos cuanto sobre los fenómenos toxémicos. La minoría de estos enfermos refería haber tenido difteria, muchos años atrás; la mayoría de ellos negaba rotundamente todo antecedente diftérico. Las características de estas bronquitis a bacilos de *Löffler* fueron las siguientes: su larga subsistencia, la discreción de la toxemia, la ausencia de las clásicas manifestaciones de toxicosis diftérica en corazón, riñón, nervios periféricos y suprarrenales, y por último, su fácil vulnerabilidad a la suero-terapia antidiftérica en las formas puras, vale decir, no asociadas a neumo, estafilo o estreptococos.

En toda bronquitis crónica, puede el foco séptico bronquial, por vía toxémica, engendrar manifestaciones morbosas variadas que recién desaparecen cuando mediante tratamiento efectivo se elimina el foco séptico bronquial.

Por lo que atañe al *asma bronquial*, creemos que en vez de constituir un foco séptico bronquial, es él con frecuencia la resultante o efecto de la infección focal crónica en emplazamientos muy variados; al estudiar los diversos focos sépticos en forma particularizada, consignaremos algunos historiales clínicos altamente demostrativos y probatorios. De momento deseamos detenernos brevemente sobre las interesantes investigaciones de Kämmerer (41). En el 66 por 100 de sus casos, el asma respondió a infecciones de las vías respiratorias superiores; la investigación bacteriológica sistemática del esputo exhibió casi constantemente estreptococos, la mayoría del tipo viri-

dans o neumococos; aconseja Kämmerer el tratamiento con autovacunas.

Hajós, de Budapest, se adhirió a las ideas de Kämmerer y manifestó que en el 40 por 100 de los casos de asma por él estudiados, la afección se inició o apareció a raíz de enfermedades infecciosas.

Thomas, de Estados Unidos, consigna la preponderancia del viridans en el esputo, en su estadística de 180 casos de asma; Haibe, de Namur, consigna la presencia del estreptococo en el esputo, en el 80 por 100 de sus casos de asma, y Heckmann, de Holanda, considera que la causa fundamental del asma es la infección de las vías bronquiales finas por estreptococos (41).

Sin adherirnos a las conclusiones un tanto extremistas de los autores precitados, creemos en la frecuencia de la infección estreptoneumocócica en los bronquios de los asmáticos y que ella exige tratamiento directo y específico. Pero, repetimos, que con frecuencia el *asma bronquial* responde a una verdadera neurosis vagotónica o neurovegetativa, por toxemia debida a la infección focal, pudiendo ésta, como lo veremos oportunamente, estar emplazada en las vías respiratorias superiores o a gran distancia de las mismas.

Por lo que respecta a la *infección crónica bronquial o pulmonar* como foco séptico, le asignamos siempre importancia y la combatimos siempre en la forma más racional y enérgica posible, por cuanto la consideramos, lo mismo que a cualquier otro foco de infección crónica, como fuente de toxemia permanente y fuente eventual de brotes infectivos agudos, subagudos o prolongados.

Consignamos anteriormente el hallazgo del bacilo de *Löffler* en la *medula ósea* por Fraenkel-Kuttner. La medula ósea suele a menudo ser invadida en la infección crónica recidivante. El hecho es de antaño conocido para el bacilo de Eberth Gaffky. E. Fraenkel demostró (42) que en las alteraciones óseas de la tifoidea eran constantes lesiones más o menos intensas de la medula ósea, y que aun cuando se alcanzase la sanación clínica, en los focos inflamatorios encapsulados de naturaleza osteomielítica, los bacilos de Eberth podían vivir años y decenios.

En focos osteomédulares viejos y calcificados, Riedel, de Iena, demostró la presencia de estafilococos vivos (42). E. Fraenkel y sus discípulos (43) estudiaron las alteraciones de la medula ósea en diversas infecciones; entre los aerobios figura el estafilococo dorado a la cabeza, pero gérmenes del grupo estreptoneumococo pueden engendrar osteomielitis supuradas. Schottmüller consigna un caso a raíz de escarlatina. Coetáneamente con las manifestaciones osteomielíticas, se observan diversos síntomas viscerales y hasta bacteriemias. La curva térmica y la fórmula sanguínea en estas circunstancias son las más o menos típicas, de la infección crónica séptica.

En la *pared intestinal* y en los *ganglios mesentéricos* se localiza el bacilo de Eberth—dicen Fraenkel-Kuttner—, y agregamos nosotros, cualquier otro germen que engendre una inflamación ulcerativa o no, del intestino (44). Observaciones de Fraenkel-Kuttner (44) revelaron, sin lesión de la pared intestinal, la presencia de bacilos disentericos, al estado puro, en los *ganglios mesocólicos*. Quizás a ello se deba—agrega el autor—la tendencia recidivante de la disenteria bacilar crónica y la existencia de portadores bacilares.

E. Fraenkel en 1916 (45), encontró a nivel de *heridas cutáneas*, focos de infección latente, que suministraban gérmenes activos; mencionó en esa oportunidad las investigaciones de Teutschländer sobre tétano (1915) y de Rem-

hard (1916) microbios

La posi-  
piel sana—  
trado para  
tuberculos  
quier punt  
te y bajo  
entrada pa

IAS MANI

La may  
al médico,  
tóxica; los  
nos de ind

Cuanto  
fermo, cua  
cuanto má  
los conoci  
diciones pa  
nificado de

Casi sie  
constituir  
cuencia qu  
sino una m

La exte  
nentement  
complejisi  
en juego, y  
por las rea  
cional) y p  
por el em  
de las lesi  
de cada te

La rep  
fección foc  
los órganos  
alérgico d  
imprima la  
en unos c  
tomas más  
presivos d  
nes mater  
jetivos de l  
como mate  
la toxemi  
equilibrio  
metabólica  
ploratorios  
precoz [la  
fección foc  
néstico, in  
episodios  
—de años,  
de la infec

Cuando  
blecer su r  
múltiples,  
miento de  
del cuadro

Al cons  
recen nuev  
mas topog  
ponen a lo  
el cuadro p  
En oca



hard (1916), Låven y Hesse (1916) sobre la presencia de microbios a nivel de las cicatrices y heridas de bala.

La posibilidad de la invasión texicular a través de la piel sana—agregan Fraenkel-Kuttner (45)—se ha demostrado para el estafilococo por Garré y para el bacilo de la tuberculosis por Konigsfeld, de lo cual resulta que cualquier punto de la superficie cutánea puede ocasionalmente y bajo determinadas condiciones hacer de puerta de entrada para una infección.

#### LAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA INFECCIÓN FOCAL

La mayoría de los enfermos con infección focal acude al médico, conducida por uno o varios síntomas de índole tóxica; los menos hablan de primera intención de trastornos de índole topográfica.

Cuanto más amplia sea la exploración general del enfermo, cuanto mejor conducido esté el interrogatorio y cuanto más extensa sea la experiencia y más profundos los conocimientos del clínico, estará éste en mejores condiciones para hacer diagnósticos precisos y aforar el significado del o de los focos sépticos existentes.

Casi siempre permite un interrogatorio inteligente reconstituir la evolución de la afección y hace ver con frecuencia que la llamada lesión precoz o inicial no es tal, sino una manifestación tardía.

La exteriorización clínica de la infección focal es eminentemente proteiforme, de sintomatología extensa y complejísima por la virulencia variable de los gérmenes en juego, por la diversa afinidad electiva de los mismos, por las reacciones particulares de cada enfermo (tono reaccional) y para una misma, según múltiples circunstancias, por el emplazamiento, por la calidad y por la extensión de las lesiones, por la especialísima manera de reaccionar de cada tejido (tono alérgico texicular), etc.

La repercusión toxinéica o bacterinéica de la infección focal puede hacerse sentir sobre todos los tejidos, los órganos y sistemas de la economía; el tono reaccional o alérgico de cada tejido, órgano o sistema, será el que imprima la modelación a la expresión clínica, exhibiendo en unos casos síntomas de gran relieve; en otros, síntomas más o menos aparatosos; en otros, síntomas expresivos de abdicaciones funcionales o de transformaciones materiales de los órganos; en otros, fenómenos subjetivos de levedad tal, que el examen prolijo no encuentre como materializar la silueta clínica ostentada; en otros, la toxemia infectiva se traduce por trastornos en el equilibrio psicoafectivo, acompañado de perturbaciones metabólicas precisables o no, mediante los recursos exploratorios corrientes; en otros, por fin, es la senilización precoz la que domina la exteriorización clínica de la infección focal; en muchos de ellos, el interrogatorio anamnéstico, impecablemente recogido, permite jalonar, con episodios significativos, el largo recorrido del paciente —de años, lustros y hasta decenios— por el largo camino de la infección focal crónica o recidivante o fluctuante.

Cuando existe un foco séptico único, fácil resulta establecer su responsabilidad; mas en la coexistencia de focos múltiples, difícil y hasta imposible resulta el deslindamiento de la responsabilidad de cada uno en la génesis del cuadro morboso existente.

Al constituirse un segundo y nuevo foco séptico, aparecen nuevos síntomas toxémicos, mas no siempre síntomas topográficos, cuyos fenómenos toxicósicos se superponen a los preexistentes y hacen más borroso y confuso el cuadro preexistente.

En ocasiones, puede un sujeto sentirse muy enfermo,

estar muy enfermo y exhibir una sintomatología objetiva, escasa y hasta nula. Las alteraciones viscerales, por nosotros apreciadas, utilizando de la mejor manera los procedimientos exploratorios más perfectos, pueden ser insignificantes en apariencia y ser considerables los síntomas subjetivos y funcionales, efectos de la toxinemía, de notable rebeldía al tratamiento sintomático o funcional y de maravillosa accesibilidad a la terapia etioerática o causal.

La mayoría de los autores que han estudiado la infección local en su proyección clínica, destacan la importancia de la misma en las afecciones reumatismales articulares, endocárdicas y renales.

Billings, fundador del concepto de la doctrina de la infección focal, describe en 1921 (46) las manifestaciones clínicas correlacionadas con los focos sépticos, en afecciones agudas y crónicas.

Dentro de las afecciones agudas relacionadas con la infección focal, consigna Billings (46) las siguientes:

1.º *La fiebre reumática aguda.* El origen es el estreptococo reumático, aislado de la sangre por Poynton y Paine en 1900 y 1901, confirmado por Walker y Ryffel en 1903, por Beattie en 1904 y, finalmente, y en forma crucial, por E. C. Rosenow, de 1910 a 1915. Rosenow describió tres tipos de estreptococo reumático: el diplococo, el estreptococo y el micrococo reumático; los tres a pequeña virulencia y los tres transmutables. Los animales inoculados y puestos a baja temperatura, ostentaban reacciones morbosas intensificadas. Rosenow observó iritis en algunos animales, que atribuyó a infección hematógena; otros animales exhibieron apendicitis, colitis, linfadenitis mesentérica y diarrea.

En pasajes seriados por animales, el estreptococo reumático y sobre todo el tipo diplocócico, adquiere afinidad para el apéndice, el estómago y la vesícula. La invasión reumática se realiza desde un foco séptico ostensible o recóndito. La eliminación de amígdalas infectadas y de otros focos sépticos, fué seguida de completa sanación y prevención de recidivas. Estas se deben a focos secundarios en cualquier emplazamiento, los que con frecuencia asientan en los ganglios linfáticos.

2.º *La endocarditis, miocarditis y pericarditis reumática.* Ellas se deben al estreptococo reumático con afinidad patógena para las serosas endo y pericárdicas y para los músculos.

3.º *La corea de Sydenham:* Se debería, según Billings, a una infección hematógena por estreptococo reumático, a afinidad electiva específica por el cerebro. El estreptococo habría sido aislado post mortem, de las meninges de coreicos, por Rothstein. La inoculación en animales, de estreptococos procedentes de reumáticos coreicos, originó artritis y manifestaciones coreáticas.

4.º *La infección sistémica gonocócica aguda:* Según Billings, la gonococemia proviene de una tromboflebitis gonocócica desde el foco local: próstata, vesículas seminales, articulaciones, vainas tendinosas, útero, etc. La eliminación del foco gonocócico circunscripto permite a veces dominar y vencer la afección general. La agresión articular por el gonococo, comprende la artritis sinovítica, la periartritis, bursitis y tendovaginitis. En la forma crónica, el gonococo suele asociarse al estreptococo y estafilococo.

5.º *La endocarditis maligna* que puede originarse desde cualquier foco séptico, siendo engendrada por agentes variados (estreptococo, gonococo, estafilococo u otros) y que siempre va acompañada de bacteriemia.



6.º *La nefritis aguda*: bajo forma de glomerulonefritis, la cual se debería, según Billings, a embolias bacterianas hematógenas. El asiento más frecuente de la infección focal que causa la nefritis, sería la garganta. En las formas leves, la eliminación del foco séptico causal lleva a la sanación completa. Le Connt y Jackson, en 1914, lograron nefritis en conejos, inoculándoles estreptococos.

7.º *La apendicitis aguda*: imputable a la infección focal de garganta, nariz o dientes, ha sido observada por gran número de autores—dice Billings—y con Kretz (1907), Ghon y Namba (1912) cree se deba a infección hematógena. Recuerda que Rosenow sostiene el origen infectivo de la apendicitis por estreptococos, colibacilos u otros gérmenes, a afinidad electiva por el apéndice.

8.º *La colecistitis*: se debería a infección hematógena, sobre todo por estreptococos, para Billings, dado que Rosenow aisló de vesículas enfermas cepas de estreptos que en la inoculación en animales producía colecistitis y además porque estreptos cultivados de amígdalas, demostraron en la inoculación endovenosa en animales afinidad electiva por la vesícula.

9.º *La úlcera gástrica y duodenal aguda*: Cita Billings las investigaciones de Rosenow, sobre aislamiento de estreptos de úlcus gastroduodenales humanos, los que en la inoculación endovenosa en animales ostentaron afinidad por el estómago.

10. *La pancreatitis aguda*: al respecto, manifiesta Billings, que existe una relación más o menos estrecha entre este proceso y los estreptococos que tienen afinidad electiva por el apéndice, la vesícula y el estómago.

11. *El eritema nudoso*, del cual Rosenow habría aislado gérmenes del grupo estreptoneumocócico, que en la inoculación en el animal habrían producido la enfermedad.

12. *Herpes*: Billings aisló estreptos de focos sépticos de sujetos con herpes, los que inoculados intravenosamente en los animales produjeron herpes zóster, logrando cultivar luego el estrepto de los ganglios espinales de los animales inoculados.

13. *Mielitis espinal*: En un caso de esta afección, cultivó Billings estreptococos de las amígdalas, que inoculó por vía endovenosa en dos perros, obteniendo en ellos un síndrome cuadriparesico de extremidades y focos hemorrágicos en la médula espinal; de los focos de reblandecimiento espinal de ambos perros, cultivó el estreptococo inoculado.

14. *La osteomielitis aguda*: El origen en la infección focal estaría apoyado, según Billings, por las observaciones de Kretz, de 1907.

15. *La tiroiditis*: puede originarse en la infección focal de boca, nariz y garganta.

16. *La iridociclitis* obedece a una infección, como lo ha demostrado Rosenow en 1915. Los estreptococos de la infección dentaria, amigdalica y sinusal tienen relación incontestable con la iridociclitis, y asimismo, en la asociación de ésta, con fiebre reumática, corea, sífilis y otras afecciones generales—dice Billings.

Dentro de las afecciones crónicas relacionadas con la infección focal, consigna Billings las siguientes:

1.ª *La artritis crónica infecciosa*.—La atribuye Billings a la infección focal diseminada por vía sanguínea, por gérmenes a virulencia atenuada. Se trata de una infección prolongada o a brotes, con embolias bacterianas que destruyen, más y más cada vez, los elementos articulares y periarticulares; coexisten con la sinovitis articular, miositis y tendovaginitis; los brotes reumáticos se deben a la oscilante actividad de los focos sépticos causales.

2.ª *La neuritis o perineuritis infecciosa*, debida a la infección focal, puede presentarse sola o asociada a artritis, miositis, etc. Los nervios más frecuentemente atacados son los del plexo braquial y sacro. Por lo general, se trata de perineuritis. La infección focal de dientes, amígdalas y senos es causa frecuente de neuritis, que puede también ser engendrada por el gonococo. (Billings.)

3.ª *La nefritis crónica infecciosa*, por infección focal, es muy frecuente, según Billings. Los estreptococos, con afinidad electiva específica para el riñón, serían llevados por vía sanguínea. La infección focal puede ser la causa de lesiones renales y pueden llevar a la constitución de afecciones renales crónicas irreparables. La eliminación precoz de los focos infectivos causales puede prevenir estragos anatómicos mayores del riñón y preservar la función renal y la vida. (Billings.)

4.ª *La colecistitis crónica*.—Mientras queda en pie el foco séptico causal—dice Billings—, la reinfección puede originar ataques agudos o subagudos subsiguientes de colecistitis. Rosenow demostró que los estreptococos, con afinidad por la vesícula, tienen con frecuencia, y al propio tiempo, afinidad por los músculos en general, y el miocardio en particular, lo cual explicaría la frecuencia de la «debilidad miocárdica» en las colecistitis agudas y crónicas. (Billings.)

5.ª *La úlcera péptica crónica*.—Sobre este particular volveremos luego.

6.ª *La endocarditis crónica infecciosa*.—Recuerda Billings que Schottmüller, en 1903, aisló de la sangre de estos enfermos un estreptococo que, por su propiedad de enverdecer las placas de agar y por su escasa virulencia, llamó *mitior viridans*.

Recuerda el autor al propio tiempo que Rosenow cultivó el viridans de la sangre de endocárditos y comprobó que en cultivos pronto perdía su afinidad por el corazón, pudiendo ser convertido en cualquiera otra especie del grupo estreptoneumococo.

El foco séptico, que con mayor frecuencia da origen a la bacteriemia, a viridans y a la endocarditis lenta, es la infección alvéolodentaria—dice Billings—; pero el viridans puede asentar en amígdalas, senos paranasales u otros sitios, desde cuyos focos puede cultivarse el viridans, que en la inoculación endovenosa en animales reproduce la endocarditis.

Hemos creído conveniente consignar con algún detalle las opiniones de Billings en lo que atañe a las afecciones agudas y crónicas correlacionadas con la infección focal, por ser él, si no el descubridor de la infección focal, al menos quien primero sostuvo el amplio concepto de la dicha infección focal.

Cuestión ocasionada a incurrir en extremos igualmente exagerados es la referente a la prioridad entre Alemania y Norteamérica respecto a la infección focal. Al hacer el estudio particularizado de cada foco séptico, analizaremos cronológicamente la aportación meritisima de alemanes y norteamericanos, y de ella se desprenderá que es imposible admitir ni una preponderante originalidad alemana ni una absoluta hegemonía americana.

Charles H. Mayo (47) expone una vez más, en 1927, sus ideas sobre la infección focal, a mano de una casuística variada.

Römer (48) expresa, en 1928, su escepticismo respecto a la extensión enorme que a la infección oral asignan los americanos e ingleses, poniendo en duda la intervención de dicha infección oral en la génesis del úlcus gastroduodenal, de la artritis deformante, de la arterioesclerosis,



de la nefrolitiasis, afecciones en cuya génesis no se acostumbra a responsabilizar a la invasión bacteriana en la sangre. Y análogo escepticismo manifiesta respecto a la trascendental importancia que americanos e ingleses atribuyen a la *infección oral* en la génesis de afecciones oculares, cutáneas y mentales.

E. C. Rosenow y Nickel (49) informan una vez más, en 1929, acerca de los resultados por ellos obtenidos en afecciones diversas, por la eliminación de los focos infectivos y el empleo de vacunas preparadas con estreptococos que poseen afinidad electiva.

De la larga serie de experiencias realizadas por los autores durante catorce años creen haber demostrado que: 1.º Los focos infectivos a cualquier emplazamiento, habitualmente contienen el germen causal de afecciones sistémicas variadas. 2.º Ellos proporcionan las condiciones favorables para la penetración de las bacterias y sus productos tóxicos y a cuyo nivel las bacterias tienden a adquirir y mantener un poder invasor relativamente alto. 3.º La situación, además de los factores predisponentes y el carácter de la afección sistémica, depende en el poder específico de localización o en la afinidad electiva específica del agente infectante, la mayoría de las veces del grupo estreptocócico. Basan sus asertos los autores en los resultados obtenidos en la observación clínica, en la investigación bacteriológica y experimental.

(Continuará.)

## IDEAS ACTUALES SOBRE LA PATOGENIA Y TRATAMIENTO HIDROMINERAL DE LA GOTA (1)

POR

CECILIA GARCÍA DE COSA

Las superficies articulares gotosas tienen aspecto de estar sembradas de puntos, manchas y estrías yesosas de color blanco mate. Su tamaño es muy variable, aunque ordinariamente es como un grano de mijo a una avellana, y puede asentar, además, en las más distintas serosas en la pleura, endocardio, meninges, hasta en los cuerpos cavernosos del pene, ala de la nariz o lóbulo de la oreja. (Gudzent.)

Se cita por Maraño el caso de un individuo con tofos colosales que, por su tamaño, consistencia y antecedentes, indujeron al falso diagnóstico de osteocondroma múltiple, que luego se pudo rectificar al hacer la radiografía (83).

Estos tofos pueden avanzar superficialmente, atacando por fin la piel, que se torna violácea y reluciente, con puntos blanquecinos. Si se palpan, se notan formados por substancias blanduzcas que pueden romper los tejidos superficiales y salir al exterior, eliminando cantidades enormes de ácido úrico (Umbert) por una fistula que se hace crónica, de interminable curación.

Los tofos muy voluminosos parecen presentarse más frecuentemente en individuos sometidos a una vida trabajosa y pobre, y su diagnóstico puede confundirse con un osteocondroma cuando los antecedentes no son dolorosos, y el tamaño y consistencia no es el que habitualmente presentan.

Los depósitos uráticos tienen distinta evolución, pues en algunos casos invaden el periostio, el interior del hueso

y hasta la medula, provocando vivas congestiones, siendo en el periodo crónico cuando proliferan y se reblanecen, como hemos visto antes, formando fistulas y determinándose engrosamientos de los ligamentos y sinovial para terminar a veces en la anquilosis. También son capaces de reducirse de tamaño, y esto lo explica Rindfleisch porque los fagocitos que forman parte de las capas menos periféricas del tofo van tragando y destruyendo así múltiples cristales de urato sódico, reduciéndose, pues, el núcleo central del depósito toféceo. En otros casos, como dijimos ya, aumentan progresivamente de seguro porque los tejidos fibrosos que rodean los tofos son pobres en vasos y en líquidos orgánicos y están en malas condiciones para la defensa, y unas veces por aumentar la precipitación, y otras muchas porque ya los cristales se le hacen habituales, la reacción, o es insuficiente, o no se produce.

La precipitación urática, que tiene por causa alguna de las que luego expondremos, provoca en los tejidos reacciones circundantes dobles por su carácter de cuerpo extraño y por su constitución tóxica, respondiendo los tejidos de distinta manera, no ya dependiente de la intensidad, duración y localización de la precipitación urática, sino del estado de defensa e incluso de la predisposición individual.

La reacción, siendo insuficiente, puede permitir hasta la destrucción de grandes superficies de cartilagos; Maraño cita un caso de gota mutilante con pérdida de falanx enteras; en cambio, otras veces es proliferativa, progresando o quedando detenida ésta por falta de estímulo.

El tofo suele estar limitado por una especie de cápsula, formada por sales calcáreas precipitadas, que lo separa perfectamente de los tejidos sanos y que permite su extirpación total.

c) *¿Por qué se forman los tofos?*—He aquí otro proceso que por su íntima relación con la patogenia de la gota ha hecho surgir una serie de opiniones, deseosas cada una de explicar y poseer la verdad.

Para Riehl, Minkowski, Pfeitter y Likhatscheff, la primera etapa del proceso consistiría en un éxtasis de la corriente linfática, que yendo saturada de urato neutro de sosa, infiltraría en determinados puntos los tejidos donde, actuando como agente químico tóxico, produciría la irritación y necrosis, dando lugar este proceso necrosante a la liberación de un ácido que transformaría el urato neutro presente en los humores en urato ácido, y su cristalización y precipitación en las zonas necrosadas.

Otros, por el contrario, se oponen resueltamente, diciendo que en el tejido normal nunca se depositan los cristales, sino en tejidos previamente necrosados. Parece probarse modernamente que, efectivamente, la acción necrosante se debe al urato ácido de sodio, que actúa como cuerpo extraño y como veneno de los tejidos.

Robers hace depender las precipitaciones uráticas de la riqueza en sodio del medio; dice que el biurato sódico es diez veces menos soluble en la sangre que en el agua a la misma temperatura, y que el papel de la concentración de la solución de biurato es menor que el de la presencia de sosa, por ser mayor la tendencia a la precipitación en un medio rico en este elemento, con lo que explica que se formen muy fácilmente depósitos en los tejidos conectivos, que son ricos en este elemento y, por consiguiente, favorables a la precipitación, y raro en los músculos y tejidos nerviosos, donde sólo excepcionalmente se forman estos depósitos toféceos.

En lo que convienen todos es en considerar al cartilago como el tejido más frecuentemente afectado por estas

(1) Véase el número anterior.



precipitaciones. Umber insiste en la irregularidad de la atracción de los diversos tejidos para el ácido úrico; el cartilago tiene una capacidad de absorción notable, como se ha demostrado por varios autores, siguiéndole los demás tejidos derivados del mesodermo menos vascularizado, tendones, ligamentos, tejido conjuntivo, serosas, etc. Esto sería producido por una degeneración fisicoquímica hereditaria del sincitium, que determina una afinidad anormalmente aumentada para el ácido úrico, lo que permite una impregnación más intensa de éstos (84). Sin esta anormal afinidad no se explicaría cómo el gotoso no se deshace de su exceso de úrico como lo hace, por ejemplo, el leucémico, en el que también existe un aumento.

Mordhorst cree que los tejidos afectados por la gota son menos alcalinos que la sangre, diciendo también Haig que los depósitos tienen lugar por la disminución de la alcalinidad de la sangre, y cuando ésta aumenta, los depósitos se redisuelven.

Benecke culpa la presencia en exceso de ciertos ácidos en el organismo, sobre todo el láctico y oxálico, como responsables de esta menor alcalinidad determinante de las precipitaciones uráticas.

Por último, hay quien cree al choque anafiláctico como al responsable de la precipitación, favorecido por circunstancias especiales, como excesos intelectuales o venéreos, fatigas psíquicas, etc.

d) *¿Por qué la frecuente localización en las articulaciones?*—Todos invocan para explicársela una circulación y nutrición retardada en estos puntos más expuestos, sin embargo, a presiones, traumatismos (el dedo gordo del pie soporta casi todo el peso del cuerpo), una vascularización pobre, una mayor exposición a las inclemencias del ambiente, como le ocurre al pabellón de la oreja, donde tan frecuentes son los tofos.

No hay duda que estas circunstancias pueden, y en efecto favorecen la precipitación urática; pero si pensamos detenidamente y comparamos los elementos químicos constitutivos del cartilago y del hueso, vemos: Según Testut (85), Berdol y Cajal (86), osteína y sales, especialmente fosfato y carbonato de cal, algo de fosfato de magnesio y pequeñas cantidades de fluato de cal, sosa y clorhidrato sódico; en el cartilago, por el contrario, está la condrina formada por el ácido condroítico, la albúmina, la cola y cierta cantidad de sales alcalinas. Además, la albumoide, la condromucoide y elastina, el ácido condroítico sulfúrico y la colágena. Estos cuerpos han sido probados y estudiados también por Boedecker, Mörner, Kossel, Morockowitz y otros.

De todas estas sustancias hay una, la albumoide, que es interesante por presentarse sólo en los cartilagos del viejo y el adulto.

Si tenemos en cuenta que en estos períodos de la vida es cuando se sufren estos procesos que estudiamos, podríamos invocar la acción quimiotáctica positiva que ejercería dicha sustancia sobre el ácido úrico, determinando su precipitación en líquidos sobresaturados en los que estos primeros cristales actuarían como determinantes de precipitaciones en otros tejidos que no poseyeran esta facultad quimiotáctica. El estudio de la acción de las drogas en farmacodinamia demuestra la existencia de las afinidades electivas (87) de estas drogas por determinados órganos y tejidos: la acción de las sales de cromo sobre la membrana pituitaria, del yodo sobre la tiroides, del hamamelis virginica sobre las venas, del mercurio sobre las glándulas salivales y folículos mesentéricos, del plomo sobre el nervio radial, etc.

### C) ANATOMÍA PATOLÓGICA.

a) *Articulaciones gotosas.*—Las articulaciones gotosas frecuentemente sufren subluxaciones muy deformantes debidas a procesos inflamatorios de la cápsula articular y ligamentos correspondientes que, relajándose, facilitan la acción desplazadora que sobre las falanges ejercen los tendones de los extensores y flexores de los dedos. Puede ocurrir, si no se hace un examen muy detenido, que ciertas lesiones articulares, por la esclerosis de los ligamentos y la consecutiva posición anormal, se tomen como lesiones reumáticas deformantes.

El Dr. Grinda (88) cree que las celúlitis que se presentan con frecuencia localizadas en el pie o la mano, son de evolución mucho más corta que los edemas inflamatorios periarticulares reumáticos, lo que permite diferenciarlos; que tanto por su manera de aparecer, como por su evolución, hay que admitirlas como reacciones de alergia frente a un elemento eterólogo, ya proteínico, endógeno o de absorción.

b) *Imágenes radiológicas.*—Cuando las articulaciones tienen incrustaciones uráticas, por ser éstas, sobre todo el monourato sódico, de peso atómico ligero, no dan contrastes grandes que puedan apreciarse, y sólo cuando afectan al hueso se pueden notar zonas claras rodeadas de zonas más oscuras que nos indican la presencia del monourato cálcico, que constituye la imagen de los llamados «quistes» que no son exclusivos de las lesiones gotosas.

Parece comprobarse por Stein que son muy frecuentes en la gota atípica conglomerados de pequeños tofos, los mayores como granos de mijo (89), muy dolorosos, y que van precedidos de crujidos articulares que podrían tomarse como sintoma precoz de esta forma de gota.

c) *Nódulos de Heberden.*—Es interesante hacer constar que muchas veces se toman como lesiones gotosas los llamados nódulos de Heberden, que son pequeñas elevaciones o engrosamientos del tamaño de un guisante próximamente que aparecen en las articulaciones interfalángicas y que no pueden desplazarse en relación con los huesos; no contienen uratos, y, aunque pueden coexistir con la gota, se presentan en personas de edad avanzada ajenas a esta enfermedad.

Estas articulaciones así deformadas conservan sus movimientos y funciones con relativa integridad, lo que podría distinguirlas de lesiones de otra naturaleza.

d) *Riñón gotoso.*—Se ha dado durante muchos años una gran importancia a la llamada gota renal, forma o variedad de gota mandada desaparecer si tenemos en cuenta que está fundada en una parte del total de las lesiones anatomopatológicas que forman el cortejo gotoso.

En los gotosos autopsiados se ha comprobado en un 90 por 100 la presencia de lesiones ateromatosas o esclerosis vascular, que, cuando afectan a los vasos renales, determinan el llamado riñón gotoso, sin que esto sea suficiente para admitir una variedad de gota renal.

Las lesiones renales incipientes van avanzando hasta poseer el gotoso un riñón pequeño retraído, envuelto en una atmósfera celuloasipota de la que se separa mal, con granulaciones y cicatrices, con pequeños quistes, atrofia de la sustancia tubulosa, etc.; es una descripción que dan todos los autores del riñón gotoso, y que en realidad tiene los mismos caracteres de la nefritis intersticial, de la que constituye la variedad llamada nefritis gotosa, caracterizada por la presencia de cristales de urato sódico que afecta especialmente a la región de las pirámides.

e) *El aparato circulatorio en la gota.*—Estas lesiones



# Jarabe de FELLOWS

## SU COMPOSICION

síntesis de alimentos minerales y de agentes sinérgicos.

## SU DOSIS

de una a dos cucharaditas después de las comidas.

## SU EFICACIA

es tal que una vez tomado, el apetito aumenta rápidamente y el organismo se tonifica maravillosamente.



**ATONIA**

**DEBILIDAD**

**CONVALECENCIA**

**DESMINERALIZACION**

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., INC.

26 Christopher Street,

New York City, E. U. A.

*Muestras a  
solicitud*

Doctor...  
Prescriba la Urotropina  
siempre en forma de tabletas  
y en el envase original:

R/.

Urotropina - Schering  
tubo de 20 tabl. de 0,5 gr.

- Sólo así tendrá usted la garantía absoluta de que sus enfermos reciban el producto original, de acción terapéutica segura y libre de efectos secundarios.

**PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.**

Apartado 479, Madrid.

Apartado 1030, Barcelona.



# Jarabes Bromurados de J.-P. Laroze

Al Bromuro de Potasio,  
Al Bromuro de Sodio,  
Al Bromuro de Estroncio.

Una cucharada sopera contiene exactamente 1 gr. de Bromuro químicamente puro, completamente desprovisto de Bromatos.

*Empléase contra todas las afecciones nerviosas.*

**L. ROHAIS & C<sup>ie</sup>, 2, Rue des Lions-Saint-Paul,  
PARIS**

## ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

renales r  
suele llan  
paredes c

Adem  
válvulas  
Couplan  
como las  
fard vien  
colesteri  
la enfer

Exist  
unida a  
bién fué  
derar en  
bién la f  
los goto

f) Si  
enferme  
algias in  
fenómen  
lecistiti  
el ataqu

Son  
brales, a  
ningeas  
pañadas

g) A  
encontr  
quios, e  
y en el  
ser el c  
dernam  
una má

h) E  
ceptuan  
enferme  
congest  
product  
inflama  
más sor  
de estó  
de cont

Num  
mucosa  
las vell

No  
gotoso

i) E  
siones  
descri

Las  
tas por  
la epie  
Graefe  
con pe  
variller

Wagen  
articul  
son y A  
mero  
retina,  
fin, las  
aguda  
son les  
den pr



renales repercuten en el corazón provocando lo que se suele llamar el corazón renal, con espesamiento de las paredes del ventrículo y aurícula izquierda.

Además pueden existir las infiltraciones uráticas en las válvulas aórticas o mitrales descritas respectivamente por Coupland y Lancerveaux y en las paredes de los vasos, así como las arterioesclerosis, que han hecho pensar a Chauffard viendo la hipercolesterinemia de los gotosos que la colesterolina tiene un papel importante en la producción de la enfermedad.

Existe con frecuencia una elevada presión arterial unida a un corazón con degeneración grasosa, que también fué suficiente para decidir a ciertos autores a considerar en esto otra variedad gotosa. Hay que notar también la friabilidad que se ha apreciado en los capilares de los gotosos. (Le Gendre.)

f) *Sistema nervioso.* — Son frecuentes también en esta enfermedad los síntomas dolorosos, las ciáticas, lumbagos, algias intercostales, artralgias, así como no faltan ciertos fenómenos nerviosos, insomnios, dispepsias nerviosas, colecistitis, colelitiasis, que a veces guardan cierto ritmo con el ataque agudo.

Son relativamente frecuentes las hemorragias cerebrales, a consecuencia de trombosis, las incrustaciones meníngicas y cerebrales (Watson, Gairdner, Doufour) acompañadas de cefaleas, vértigos, etc.

g) *Aparato respiratorio.* — En este aparato se han encontrado excepcionalmente cristales y tofos en los bronquios, en los cartilagos laringeos, como hemos dicho antes, y en el moco bronquial; la bronquiectasia y asma suele ser el cortejo respiratorio de estos enfermos, aunque modernamente, y fundados en la teoría alérgica, se busca una más íntima relación entre el asma y la gota.

h) *El aparato digestivo.* — El aparato digestivo, si exceptuamos el hígado, poco de notable presenta en estos enfermos, los desordenes vasculares producen una cierta congestión crónica. Rendu admite que la gota puede producir la esclerosis hepática del mismo modo que las inflamaciones intersticiales del corazón y riñones. Además son frecuentes en la gota ciertas dispepsias, dilatación de estómago, gastritis catarral, etc., que son muy capaces de contribuir a la congestión y tumefacción del hígado.

Nunca se han encontrado incrustaciones uráticas en la mucosa gástrica; en cambio, Hayen las ha encontrado en las vellosidades intestinales.

No es raro que existan trastornos digestivos en muchos gotosos que abusan del cólico.

i) *El aparato visual en la gota.* — Son curiosas las lesiones del aparato visual llamadas oftalmías artríticas y descritas por Hutchinson, Hirschberg y Wagenman (90).

Las conjuntivitis con fuerte inyección vascular descritas por Trousseau como acompañantes del ataque agudo, la episcleritis periódica estudiada y descrita por Jugas y Graefe con pequeñas flictenas en el limbo esclerocorneal, con pequeñas opacidades en la córnea, que según Chevallereau contienen cristales de ácido úrico y las que cree Wageman más frecuentes en los gotosos sin localizaciones articulares; la iritis e iridocoroiditis gotosa de Hutchinson y Abadie, la retinitis hemorrágica, descritas por el primero con alteraciones de las paredes vasculares de la retina, y producción de hemorragias intraoculares, y, en fin, las neuritis del óptico uni o bilaterales, aguda o subaguda, produciendo un escotoma central o paracentral, son lesiones, si no frecuentes, muy interesantes que pueden presentar estos enfermos (91).

(Continuará.)

## BIBLIOGRAFIA <sup>(1)</sup>

TRATADO DE LAS ENFERMEDADES DE LAS GLÁNDULAS DE SECRECIÓN INTERNA, por el profesor Dr. Wilhelm Falta (Viena); versión directa de la segunda edición alemana, por los Dres. I. Bofill y L. Gironés. Un tomo de 600 páginas y 107 grabados, con un prefacio del profesor doctor Gregorio Marañón. Edit. Labor. Barcelona, 1930.

La moderna doctrina de las secreciones internas abarca casi todos los procesos biológicos desde que Gley ha señalado las características de las *secreciones internas*, *hormozonas*, *hormonas propiamente dichas* y *parahormonas*. Esta concepción es sumamente importante desde el punto de vista clínico, pues contamos en el organismo con una serie de órganos de estructura más o menos glandular, cuya función consiste en la producción de sustancias de potente acción fisiológica. Las observaciones clínicas han permitido comprobar que cuando un proceso patológico se fija en una glándula endocrina y anula su función específica, se presentan una serie de trastornos característicos que, en general, pueden paliarse o combatirse con la administración o injerto de la glándula correspondiente. Pero, además, el exceso de función de las glándulas endocrinas determina otra serie de procesos patológicos que se suprimen, o con la reducción operatoria de la correspondiente glándula, o con la administración de otra que le sea antagonista fundamentalmente. Las investigaciones fisiológicoquímicas de los últimos años han permitido descubrir las hormonas que dotan a cada glándula de una función específica y la doctrina ha sido confirmada experimentalmente. Ciertamente que desde el año de 1913, fecha de la primera edición de la obra de Falta, no han sido muy grandes los progresos (y esto lo señala repetidamente Marañón en el prólogo que ha puesto a la obra), pero se han robustecido considerablemente los fundamentos de la doctrina de las secreciones internas, y hoy podemos afirmar como un hecho indiscutible que existe una serie de órganos cuya función consiste en la producción de sustancias de potente acción fisiológica y de gran valor para la regulación del metabolismo y trofismo de los tejidos.

Otro hecho comprobado hasta la saciedad es el de la correlación funcional de varias glándulas, antagonistas funcionalmente de otro sistema también correlativo, correlación entrevista por Falta, que también ha visto confirmada la opinión expuesta en la primera edición de esta obra, de la imposibilidad de que una glándula endocrina pudiera substituir a otra de modo compensador.

Obra didáctica esencialmente, se exponen hechos confirmados y teorías sólidamente sustentadas; y si se aportan hechos experimentales confirmatorios de las doctrinas y se discuten éstas, los puntos de vista son concretos y se evita toda confusión al lector, sin privarle de aquellas nociones que pueden constituir sugerencias de trabajo.

En una breve parte general se estudian las relaciones entre el sistema nervioso y las glándulas endocrinas, la influencia de éstas sobre la regulación del metabolismo (punto importantísimo en la Patología moderna) y sobre los distintos sistemas orgánicos (circulación, hematopoyesis, etcétera). En la parte especial se estudian las enfermedades de cada glándula. Previas las indispensables nociones anatómicas, describen las afecciones dimanadas del exceso, defecto o disfunción de la correspondiente glándula. La bibliografía comprende 50 páginas de menuda letra.

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



Dice Marañón en su formidable proemio (Crítica comparativa de la endocrinología de 1910 y de la de 1930) que «la gran obra de Falta es un modelo de libros didácticos y, a la vez, copioso manual de consulta», y que maestro consagra el autor, su autoridad se funda principalmente «en que el tiempo apenas ha tenido que rectificar ninguno de los avances de su lejana actitud de vanguardia». Nada tenemos que agregar a estas palabras, dichas sinceramente por nuestra primera autoridad en Endocrinología.

La edición española ha sido traducida con extraordinario esmero por los Dres. Bofil y Gironés, que han logrado una versión castellana tan primorosa que parece escrita directamente en nuestra lengua por un buen escritor. La «Editorial Labor» presenta la obra estupendamente impresa y encuadrada, felicitándola por este alarde editorial para que no desmerezca en nada la versión castellana de la original.

A. VALLEJO NÁGERA

DIABETES MELLITUS, por Fernando Fonseca. «Colección Marañón», año 3.º, núm. XIII. Precio, 10 pesetas.

Todos los médicos conocen el gran número de enfermos diabéticos que existen; saben diagnosticarlos; pero aseguramos que pocos son los que con acierto saben dirigir el tratamiento de un diabético, debido a que los conocimientos sobre este asunto han cambiado considerablemente en estos cinco últimos años.

Todos los días aparecen nuevos tratados sobre la descripción, tratamiento y diagnóstico; pero todos padecen del mismo defecto para el médico práctico que solo y sin grandes medios en un pueblo ha de abarcar toda la patología; son demasiado teóricos. El libro de Fonseca, modesto, sin pretensiones, es un libro que debe de leer todo médico práctico; no tiene más teoría que la estrictamente necesaria para dar claridad a los asuntos clínicos, ocupándose preferentemente del tratamiento, que, aun cuando parece mentira, es el más desconocido por ser quizá el que más ha cambiado.

En resumen: un libro muy recomendable al médico práctico.

F. PECO

## PERIODICOS MEDICOS

### Dermatología

#### EN LENGUA EXTRANJERA

1. Concepción de la reacción cutánea, por A. Desaux.—La célula cutánea es sensible y reacciona normalmente a las excitaciones venidas del exterior o del interior.

Responde a estas excitaciones por una variación del pH que pone en actividad todo el sistema fisicoquímico del protoplasma.

Las reacciones químicas metabólicas que se producen gracias a la energía potencial de los cuerpos metabolizados, transforman ésta en energía utilizable y utilizada por la célula en el curso de sus actividades sintéticas.

Según una ley general, cualquiera que sea la naturaleza de la excitación, una célula de naturaleza atenuada no reacciona más que de una sola manera, siempre la misma. Todas las excitaciones de la célula epidérmica parecen provocar la división, el movimiento (seguido de degeneración grasosa y córnea) y la pigmentogénesis. Construcción de ma-

teria viva pigmentada, que ulteriormente origina la degeneración grasienta y córnea. La epidermis se cubrirá de una capa dura, resistente a los contactos, impermeable a los líquidos y tamizadora de los rayos luminosos.

La actividad de la célula aumenta su acidez interior. Para mantener constante su pH interior (constante bioquímica celular), la célula evacúa su ácido más volátil, el ácido carbónico, y las excretas están en su gran mayoría integradas por ácidos.

Estas excretas toman la vía plasmática, atraviesan rápidamente a través del coloide intersticial intercelular, llegando al contacto de los capilares y de las terminaciones nerviosas sensitivas.

Existe disminución del tono del endotelio capilar, vasodilatación del asa capilar y por reflejo antidrómico arteriolo-dilatación. Estas dilataciones vasculares se desarrollan bajo el control de las influencias simpáticas y endocrinas guardadoras del tono. Al mismo tiempo el equilibrio iónico y electrolítico se rompen al contacto de la membrana endotelial capilar, y ésta se hace permeable.

Como consecuencia del aumento de la velocidad y de la presión en la sangre en el asa capilar, pasa a través del endotelio capilar hecho permeable con el agua de los cristaloideos un poco de la reserva de álcali sanguíneo de los cuerpos metabolizados, etc. En definitiva, neutralización de los productos celulares contra los cuales se cambian las sustancias nutritivas de origen sanguíneo. Estas siguen a su vuelta la vía plasmática difundiendo hasta las células.

Las reacciones químicas metabólicas pueden dar fin en la célula si las excretas se aumentan en el medio intercelular.

Los fenómenos de la pigmentogénesis se desarrollan en las células que jalonan la vía celular. La excitación que desencadena la reacción pigmentogénica determina probablemente un aumento del tránsito inter e intracelular.

Para ser normal, es decir, silenciosa, invisible e inapreciable clínicamente, sin la reacción cutánea debe ser del modo siguiente:

- 1.º Suceder a una excitación de intensidad débil.
- 2.º Efectuarse en una célula mayor reactividad, es normal y posee sus constantes bioquímicas.
- 3.º Desarrollarse a través de un sistema de cambios que funcionan normal y regularmente.

En la vida de las células y en el juego de la reacción cutánea se oponen verosíblemente:

- 1.º La acción del vago exaltando los cambios celulares y después del cual se pueden colocar las hormonas activadoras del metabolismo, la tirosina, una secreción de la hipófisis y posiblemente una secreción ovárica.
- 2.º La acción del simpático local moderando o reduciendo los cambios celulares, junto a los cuales pueden agruparse las secreciones endocrinas vasoconstrictoras o simpático-tizantes, el extracto de lóbulo posterior de hipófisis, la adrenalina y posiblemente alguna secreción tiroidea y ovárica.

En la vida normal de la célula y en el juego normal de la reacción cutánea, estos dos grupos se equilibran. (Le Progrés Medical, núm. 23, tomo VI, 1930).—Tomá.

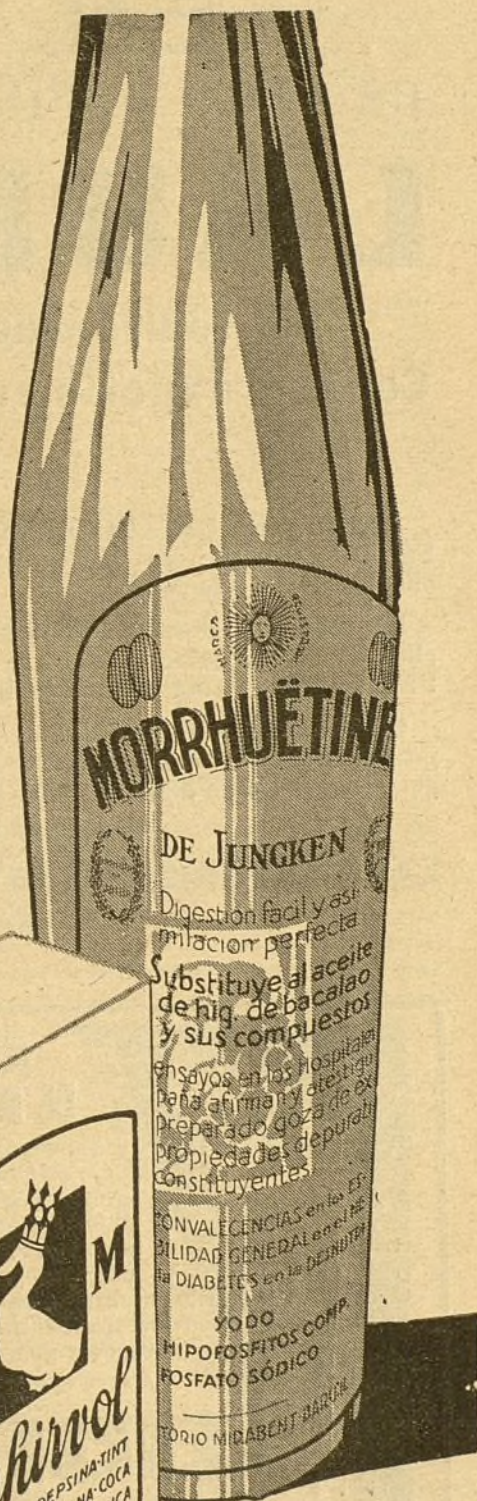
### Enfermedades infecciosas

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Encefalitis por varicela, por el Dr. Zarallén.—Historia: Niño José M., de seis años, sin antecedentes personales ni hereditarios que pudieran ser relacionados con el proceso actual. Es presentado al Servicio al sexto día des-



**LABORATORIO  
MIRABENT  
BARCELONA**



# MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA  
Y DE LA PUBERTAD.

**JUNGKEN**

MEDICACIÓN YODADA  
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

## NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN  
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

## PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL  
Ayuntamiento de Madrid  
INDICACIONES Y ATONÍAS GÁSTRICAS



# 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.

**POSOLOGÍA.**—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.



**¡CONTRA EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

## CEREBRINO MANDRI

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

Prepara esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Valdés en su Laboratorio, Península, 250, Barcelona.



## LACTOLAXINE FYDAU

COMPRESIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES  
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,  
Sales biliares, Agar-Agar, Nafol Maleina.

### Tratamiento Biológico del ESTREÑIMIENTO del ENTERITIS PADECIMIENTOS del HIGADO ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL

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

#### LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,  
Ex-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,  
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).  
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS  
DEPOSITARIOS en ESPAÑA  
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 166, BARCELONA.

Ayuntamiento de Madrid



pués de la aparición de una erupción de varicela. Ha tenido en la madrugada anterior una convulsión dónica generalizada que ha durado alrededor de treinta minutos; a las diez de la mañana, nueva convulsión que dura casi tres horas, mucho más intensa que la anterior.

Niño en grave estado general, con 39° de temperatura; psiquismo alterado, apenas responde a las preguntas; en la piel se constata una erupción generalizada, pero discreta de varicela, con polimorfismo evolutivo. Paresia de la mitad izquierda del cuerpo; el miembro superior de este lado ejecuta los movimientos pasivos con un cierto grado de hipertonismo; el movimiento activo es un poco desordenado y lento. El miembro inferior izquierdo, también algo hipertónico, evidentemente disminuido en su actividad funcional. Los reflejos patelares, exagerados del lado atacado. Haciendo caminar al niño sostenido por un enfermero se pone de manifiesto la impotencia del miembro izquierdo, que es casi completamente arrastrado.

Signos de Kernig y Bruzinski negativos; Babinsky, esbozado. Reflejos patelares aumentados, sobre todo a la izquierda. Punción lumbar: negativo.

Wassermann en el líquido y en la sangre, negativo.

**Evolución:** Mejoría progresiva y relativamente rápida; la temperatura desciende lentamente, los movimientos son readquiridos, los reflejos se normalizan, el hipertonismo desaparece. Al cabo de seis días, la marcha es posible sin ayuda. A los doce, casi no existen fenómenos anormales; a los quince, el enfermito es dado de alta, curado.

**Comentario:** El diagnóstico de encefalitis por varicela es sugerido por la correlación etiológica, por la evolución benigna del proceso, por los datos negativos de la punción lumbar, por su analogía con otros casos publicados en la literatura de estos últimos tiempos. Es el primer caso constatado en el Servicio, pero parece no ser excepcional, ya que Winnicott y Gibbs han podido reunir 13 casos, en su memoria publicada en el *British Journal of Children's Diseases* (Abril y Junio 26), y Babonnaix, en colaboración con Adeline y Colombe, presenta otros dos en el libro de honor del profesor Comba de Firenze. Marfán ha observado que en las personas que rodean un variceloso, pueden producirse a veces fenómenos nerviosos atípicos mal clasificados y producidos sin duda por una penetración accidental del virus. Es necesario confesar que tal afirmación, abonada sin embargo por los prestigios del autor, no deja de ser extraordinaria. La varicela puede, pues, producir localizaciones en el sistema nervioso, del tipo de las descritas. El pronóstico es benigno, el tratamiento expectante, las secuelas no han sido observadas. (*Rev. Med. del Rosario*, Mayo de 1930.)

## Sifillografía

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El hígado en la sífilis, por Iszán y Sala.**—Los autores han investigado en 179 casos de sífilis cutánea la existencia de un trastorno del funcionamiento hepático por la reacción de Van den Bergh y el índice icterico. Ninguno de los enfermos tenía ictericia al ser admitido.

La positividad de la reacción de Van den Bergh fué observada en 45 casos, o sea el 25 por 100 del número total. La intensidad máxima de la positividad fué observada en el 50 por 100 de los casos positivos. En un total de 118 casos de sífilis secundaria, 21 dieron una reacción positiva (17 por 100). En 50 casos de sífilis terciaria se observaron 12 reacciones positivas (24 por 100). En 11 casos de chancro, cuatro dieron reacción positiva.

En los 45 casos en que la reacción de Van den Bergh era positiva, 41 tenían un índice icterico superior a seis. Sólo en cuatro estaba comprendido entre cuatro y seis.

En un 12 por 100 de los 134 en que la reacción de Van den Bergh era negativa, se tornó positiva cuando los enfermos fueron tratados por el arsénico. Estos enfermos, sin embargo, no tuvieron ictericia.

En un 10 por 100 únicamente de los 20 casos con reacción positiva, apareció una ictericia después de un enérgico tratamiento arsenical.

Los autores deducen ante estos hechos que la reacción de Van den Berg permite descubrir rápidamente una hepatitis latente. El índice icterico por encima de lo normal no indica la existencia de una hepatitis en tanto no se confirme por una reacción de Van den Bergh positiva.

La hepatitis sífilítica puede observarse en todos los estadios evolutivos de la infección, siendo más frecuente en el período terciario. Los casos ligeros no se traducen por ningún signo. Una hepatitis ligera no es nunca una contraindicación para el tratamiento arsenical, aunque en este caso los enfermos deben ser vigilados cuidadosamente, (*Arch. of Derm. and Syph.*, núm. 4, 1930). — Dr. TOMÉ BONA.

## Tisiología

### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Sobre la acción patógena de la vacuna billada de Calmette y Guérin (B. C. G.). Acción del factor «Asociación microbiana» sobre la exaltación de la virulencia, por el Dr. Estenio Hormaeche.**—El B. C. G. que han empleado ha conservado hasta el momento su virulencia normal, puesto que, aun a dosis de 25 y 50 miligramos, no ha sido capaz de producir en el cobayo lesiones tuberculosas a tendencia progresiva. Numerosos controles han dado siempre idénticos resultados.

En cambio, inyectado a cobayos que presentan una infección estreptocócica concomitante, se observan lesiones de tuberculosis progresiva con tendencia a la generalización.

La generalización del proceso se debe a la exaltación de la virulencia del B. C. G., puesto que por sí solo, después de haber sufrido dos pasajes en animales que presentaban esa infección, produjo una tuberculosis generalizada, a dosis mucho menores que las habitualmente empleadas.

Puede descartarse en absoluto la hipótesis de una contaminación accidental del B. C. G. por una cepa virulenta, no sólo por la extrema meticulosidad con que hemos procedido, sino también, y esto es decisivo, porque: 1.º, la exaltación de la virulencia no ha sido brusca, sino que se observa cómo aumenta gradual y progresivamente; y 2.º, porque en un mismo lote de animales inyectados con el mismo material, sólo algunos presentan lesiones a tendencia progresiva. (*An. de la Fac. de Med. de Montevideo*, núms. 3 y 4, Abril de 1930.)

## Medicina interna

### EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Tratamiento de la fiebre de heno, por Storm van Leeuwen.**—Dos grupos de típicas fiebres de heno distingue el autor en este trabajo: uno que se observa durante los meses de Mayo, Junio y Julio, y otro después de estos meses, y algunas formas raras también en Mayo.



La primera es debida a una sensibilización a los polen de granos y frutales, y la segunda es una sensibilización a polen de flores, cuyo diagnóstico diferencial sólo lo podemos lograr mediante un estudio de las reacciones cutáneas, que se manifiesta por una reacción fuertemente positiva a la cutirreacción de un extracto del polen objeto de la sensibilización.

El diagnóstico debe hacerse siempre por este método de reacciones cutáneas por cuti o intradermorreacción, que no es peligrosa, y no la inyección subcutánea, con la que se observan algunos accidentes; además, el método es más sencillo, y, según expresión del autor, es el método de los «prácticos».

La reacción es igual a la producida por el método de Pirquet en la tuberculosis con la tuberculina. Podemos considerar la reacción positiva cuando a los cinco o diez minutos se ha producido un enrojecimiento y pequeña elevación en el sitio de la cutirreacción.

De las cuatro especies observamos 20 a 30 plantas sensibilizantes, especialmente en Europa.

Terapéuticamente podemos decir en general que, una vez conocido el polen sensibilizante, procederemos con él a desensibilizar al enfermo.

Lunter comienza todas las desensibilizaciones con un tratamiento por tuberculinas; en general, muchos han sido los autores que han opinado esto y otras sutilezas más o menos importantes; pero corrientemente, si bien la terapéutica por tuberculina mejora algo a los enfermos, debido seguramente a la existencia de un fondo alérgico tuberculoso, no sirve para curarlos completamente, y es necesario casi siempre la terapéutica específica desensibilizante, que debe comenzarse, según Storm van Leeuwen, en Marzo generalmente.

Debe comenzarse siempre el tratamiento por extracto del polen sensibilizante con igual cantidad de la capaz de producir una reacción por cutirreacción, que es generalmente 1 c. c. de una solución al 1 por 1.000.000. Se hacen tres inyecciones semanales, subiendo lentamente, y llegar hasta producir una ligera reacción general. Entonces se descansa una media semana y se comienza el tratamiento de nuevo por dosis bajas. Deben evitarse todas las reacciones fuertes, que son grandemente perjudiciales; pero siempre debe prolongarse hasta que comienza la polinación de la especie.

Las reacciones locales producidas por las inyecciones carecen de todo peligro, así como el tratamiento, que se puede prolongar durante bastante tiempo sin peligro de ningún género.

Es frecuente observar que al terminar el tratamiento suelen aparecer neuritis, por ejemplo, ciáticas, que desaparecen sin tratamiento especial.

El tratamiento debe repetirse durante dos o tres años por la misma época, antes de comenzar la polinación de la especie a que está sensibilizado.

Si el enfermo llega a nosotros durante la época de la polinación de la especie a que está sensibilizado, entonces el tratamiento específico no debe hacerse, y en este período está indicado el tratamiento en las cámaras libres de alérgenos, con lo que desaparecen mucho las penosas manifestaciones del enfermo.

Las inyecciones de adrenalina también son excelentes para hacer desaparecer las molestias a estos enfermos, y deben emplearse hasta que se logra desensibilizarlos por el tratamiento específico. Así se emplean también los derivados de esta efetonina.

Una fórmula empleada por el autor es la cafeína + as-

pirina; pero tiene el inconveniente de que el 10 por 100 de los enfermos alérgicos no soportan la aspirina.

Las manifestaciones cutáneas pueden tratarse por parafina, y los ojos (la conjuntivitis), con lavados de sulfato de cinc débil. Las inyecciones de calcio intramusculares dan buenos resultados para combatir estas manifestaciones secundarias. (*Therapie der Gegenwart*, 70 Heft 6, 1929.—DOUTOR LAPOULIDE.

#### EN LENGUA ESPAÑOLA

1. Contribución al estudio del reumatismo oxálico, por los Dres. Cuabrecas, Volte y Conforto.—Los autores refieren dos observaciones en las cuales la dosificación del ácido oxálico dió en el líquido cefalorraquídeo en el primer caso la cifra muy elevada de 16 centigramos por 1.000. En la sangre, la cantidad de 12 centigramos. En el segundo caso las cantidades de oxalemia fueron de 9 y de 3,3 centigramos.

En cuanto al tratamiento seguido, se instituyó según las siete proposiciones de Loeper:

1.<sup>a</sup> Régimen alimenticio pobre en alimentos oxálicos (cacao, té, espinacas) y escaso en alimentos que pueden producir ácido oxálico por transformaciones intraorgánicas (gelatina, pies de ternera).

2.<sup>a</sup> Alcalinización del medio intestinal para disminuir la absorción de los oxalatos.

3.<sup>a</sup> Disminución de la formación de ácido oxálico en el organismo (ejercicio moderado, reposo intelectual, clima de altura).

4.<sup>a</sup> Neutralización del ácido oxálico en los tejidos por la administración de sales cálcicas y magnésicas.

5.<sup>a</sup> Favorecer la eliminación del ácido oxálico (diuréticos y sudoríficos).

6.<sup>a</sup> Solubilización de los oxalatos en los tejidos (ácido fosfórico).

7.<sup>a</sup> Remineralización.

(Ap. *Bruce. Méd.*, 20 de Marzo de 1930.)—J. H. (*Crónica Méd. Mex.*, Julio 1930.)

2. Los tipos de nefritis azoémicas, por el Dr. Manuel J. Luque.—En virtud de las dificultades de interpretación de las investigaciones de laboratorio, cree que debe procederse de la manera siguiente:

1.<sup>o</sup> En la sospecha de una nefritis azoémica, debe dosarse el cloro del plasma o el del suero. Su determinación es tan importante como la busca del azoe o la reserva alcalina.

2.<sup>o</sup> Conocido el cloro plasmático, estas eventualidades pueden ocurrir:

a) El cloro plasmático es superior a 3,70 gramos: hay cloropenia. Está indicado el régimen declorurado estricto.

b) El cloro plasmático es inferior a 2,80 gramos: hay cloropenia. Debe administrarse sal inmediatamente.

c) El cloro plasmático es inferior a 3,70 gramos, y superior a 2,80 gramos. Debe entonces medirse el álcali de la sangre; si éste se halla aumentado, es decir, si existe una alcalosis, se trata de una cloropenia. Inversamente, si la reserva alcalina está disminuida y, por lo tanto, hay una acidosis, se recurrirá al líquido cefalorraquídeo, que dirá, según que tenga más de 4,30 gramos o menos de esa cifra, si se trata de una cloropenia o de una cloropenia.

Tiene especial interés dosar el cloro del líquido cefalorraquídeo cuando los análisis de la sangre indiquen un descenso del cloro plasmático coexistiendo con una acidosis. Igualmente debe dosarse en aquellos casos en los cuales, sospechando una uremia, deba obrarse lo más rápidamente posible. (*Actualidad Médica*, Agosto 1930.)



## LECITINA Y COLESTERINA WASSERMANN

Injectables de 1, 2 y 5 c. c.

## GADIL WASSERMANN

A base de Aceite de Hígado de Bacalao.

Injectables de 1, 2 y 5 c. c.

## ASPASMOL WASSERMANN

Analgésico antiespasmódico. — Gotas.

**A. WASSERMANN, S. A. — Barcelona.**

PARA EL ESTÓMAGO E INTESTINOS

## ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS

**DIGESTIL**

(Nombre registrado.)

TONICO-DIGESTIVO

Acido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.

Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS

## ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

**BROMURANTINA**

(Nombre registrado.)

CALMA, REGULARIZA Y FORTIFICA LOS NERVIOS

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

# CARABAÑA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

**MADRID**

# MONOGRAFÍAS

BIBLIOTECA DE GRAN INTERÉS  
**PRACTICO**

Son por demás interesantes y económicas las obras que publicamos de esta Biblioteca.

Todos encuadrados a 1,50 ptas.

Ayuntamiento de Madrid



## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búlgaros en medio vegetal y al máximo de vitalidad.

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.  
Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

### LACTOBULGARINA

## 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).

### VACANTES

Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Benaguacil, provincia de Valencia, partido judicial de Liria, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.650; categoría 3.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 100; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

Observaciones.—Hay otros dos titulares. Según nuestros datos, el casco de la población es de 6.343 habitantes.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 23 kilómetros de la capital y a 3 de la cabeza de partido, que es la estación más próxima. Río Guadalaviar.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Villar del Cobo; formando el partido, además del in-

Ayuntamiento de Madrid

## En las Bronquitis crónicas Gripe Tuberculosis

*Constipados descuidados.  
Tos resbelde Asma.*

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

## JARABE FAMEL

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

Muestras a disposición de los Sres. Médicos  
Agentes Generales para España  
CURIEL Y MORAN Arco 128 Barcelona

## Balneario de Carlos III TRILLO Temporada de 1.º de Julio — a 15 de Septiembre. —

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

### Nervios. — Reuma. — Escrófula. — Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

dicado, los pueblos de Erías, Griegos y Guadalaviar, provincia de Teruel, partido judicial de Albarracín, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 2.370; categoría 3.ª, número de familias incluidas en la Beneficencia, 40; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

Observaciones.—El casco de la población de Villar del Cobo es de 470 habitantes.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento, a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 58 de la capital. La estación más próxima, Cella, a 50 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Belmonte de Mezquín; formando el partido, además del indicado, el pueblo de Cerollera, provincia de Teruel, (Continúa en la página siguiente.)

paces por  
nir a los  
de enfer  
Por otr

ELIX  
el mejor p  
medades n

a los mé  
no tiene  
honorario  
Por año  
moralidad  
Internaci  
ción del  
(multiplic  
menudo r  
nes de m  
siderado  
víctima e  
secuencia  
médico d

Los

y pierde  
sus enfer  
mirse la  
greso de  
cual, la  
que se i

Se

And  
Ant

vos de t  
libre elec  
Tambi  
contra e  
tanto al  
nere por  
arreglo a



## TERTULIA MEDICA

paces por sus propios medios de subvenir a los gastos de asistencia en caso de enfermedad.

Por otra parte, la situación ofrecida

### ELIXIR BERTRAN

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

a los médicos empleados por las Cajas, no tiene nada de satisfactoria, pues sus honorarios son muy bajos.

Por añadidura, el sistema deprime la moralidad profesional. La Asociación Internacional ve en esta funcionarización del médico una fuente de abusos (multiplicación de consultas, lo más a menudo reducidas a simples distribuciones de medicamentos, o al cobro inconsiderado de asistencia), cuya primera víctima es el mismo enfermo. Las consecuencias de todo esto son graves. El médico deja de ser libre en sus acciones

mente, protestan de que las Cajas tengan, bajo su gerencia, las fábricas de productos farmacéuticos, los hospitales, los dispensarios, sanatorios, etc.

### 2.ª — Plétora profesional.

La mayoría de las contestaciones a la encuesta señalan el aumento continuo del número de médicos, principalmente en las grandes ciudades.

Así en los Países Bajos, en tanto que en 1890 se contaba un médico por cada 2.500 habitantes, la proporción subía

### CARDIOETIL y Cardioetil Estrónico.

Injectables de alcanfor puro.

Eter sulfúrico en solución oleosa.  
Superior siempre al Ac. alcanforado.

en 1900 a 1 por 2.200; en 1910 a 1 por 2.000, y el año pasado fué de 1 por 1.500.

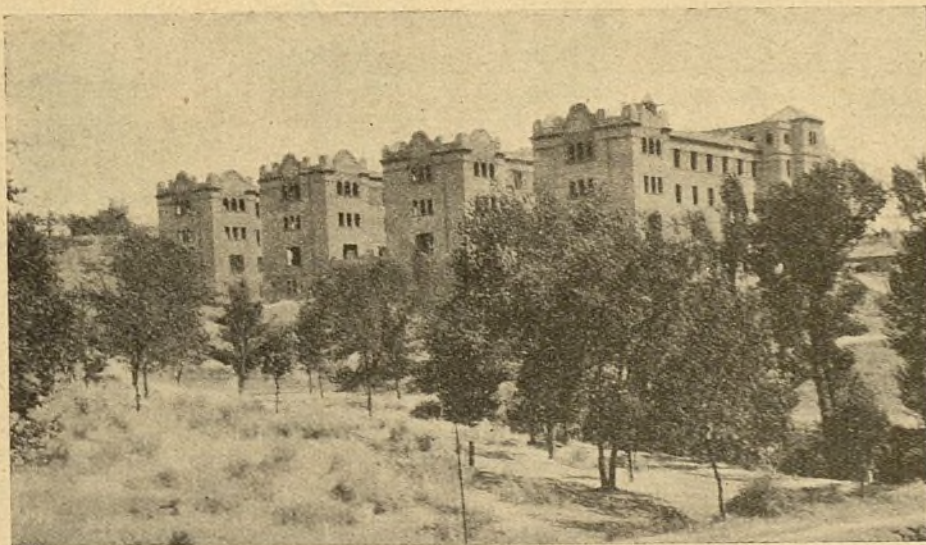
ña la tendencia a corregir la plétora profesional, disminuyendo el número de licenciados.

La cuestión es saber las necesidades

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

del país para que su población esté bien asistida y no se llegue a la plétora. La respuesta varía necesariamente de un país a otro, pues depende del número absoluto de habitantes, de la densidad media de la población, de las aglomeraciones, del tanto por ciento medio de morbilidad, exigencias de la clientela resultantes de los usos y costumbres, organización médica, etc.

Es indudable que conforme progresa la higiene en un país, disminuyen las necesidades de médicos con relación al número de habitantes. Es elocuente en



Los cuatro pabellones (vista de la parte posterior) del Colegio-Residencia de Huérfanos de Médicos.

y pierde por completo la confianza de sus enfermos. Por otra parte, al suprimirse la competencia, se detiene el progreso de la ciencia médica. Por todo lo cual, la Asociación Internacional pide que se inscriba en los textos legislati-

En Francia y Argelia, ha pasado de 15.088, en 1874, a 23.490 en 1928, miem-

### Kelatox: Sedante atóxico.

tras que la cifra de población sólo ha pasado de 36 millones a 46.

En Dinamarca el progreso ha sido semejante: 726 médicos en 1876, 1.000 en 1922, y 1.972 en 1920. Ha doblado, por consiguiente, la proporción. En Italia aumenta anualmente el número de diplomados.

En Hungría es catastrófica la situación. Baste decir que al constituirse el Instituto Nacional de Seguros, para

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

1.800 plazas vacantes se presentaron 11.800 solicitudes.

En cambio, se nota en la Gran Breta-

este aspecto el contraste entre dos países que se encuentran en distintas etapas de esta evolución. En Yugoslavia hay un médico por cada 3.568 habitantes, mientras que en Inglaterra hay uno por cada 822, y en Alemania uno por cada 1.344.

Se deduce de esto que la proporción

### ANTIPHLOGISTINE

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

del número de médicos con el de habitantes no debe ser considerado como el índice de plétora o de insuficiencia de profesionales.

### 3.ª — Falta de reglamentos.

Unas cuantas Asociaciones profesionales se quejan de la falta de buenos reglamentos que libren a los médicos nacionales de la competencia de los ex-

**Sedal**  
**Merck**  
Analgésico  
Antipirético

vos de todos los países el principio de libre elección del médico.

También han protestado los médicos contra el sistema de remuneración a tanto alzado, y piden que se les remunere por acto médico o por cuota con arreglo al número de asegurados. Final-



tranjeros y de los paramédicos (masajistas, enfermeros, etc.). También están desprotegidos los médicos contra los curanderos, las personas que dan consejos por correspondencia, etc. Francia, Hungría, Suecia y Yugoslavia se quejan de los charlatanes. En Yugoslavia es abusivo el ejercicio de la Medicina por los farmacéuticos. En Suiza los charlatanes pueden ejercer libremente su actividad en dos cantones.

(Continuará.)

## IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.  
**BALDACCI - PISA**

LAS MANCHAS que el sudor deja debajo de las mangas en los vestidos de crepón se quitan con una ligera solución de ácido muriático y luego se aclaran con agua.

CADA UNO llora por sus ojos y no ve las lágrimas de los otros.

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.  
Alcalá, 88. — Madrid.

OBSERVA a un grande en las cosas pequeñas y aún no podrás saber lo que hará en las grandes. Observa en las cosas pequeñas a un hombre ordinario y verás que de nada grande es capaz.

CONFUCIO

GUZMAN EL BUENO.—El ilustre apellido Guzmán es de origen germano; se compone de dos palabras: *gut* (bueno) y *mann* (hombre).

Guzmán, por consiguiente, quiere decir *hombre bueno*. Y Guzmán el bueno resulta un pleonismo.

EXAMINAR, clasificar y resolver desde la víspera el trabajo del día siguiente; disponer las cosas según su importancia respectiva y obrar en consecuencia: he ahí el secreto de encontrar tiempo para el estudio y para todo.

**ESTRENIMIENTO**  
El mejor tratamiento curativo es la **PETROSINA García Suárez.**

## VARIAS NOTICIAS

### NECROLOGÍAS

A los ochenta y dos años de edad ha fallecido en Bilbao el médico D. Decrogracias Armentia.

—En Pozo Amargo (Cuenca) falleció el 18 del pasado Septiembre D. Gregorio de la Osa Castillo, alcalde de la localidad, padre del médico director de la Casa de Socorro de Ubeda D. Virgi-



Un detalle de los pabellones y galería del Colegio-Residencia de Huérfanos de Médicos.

LOS AMORÍOS mueren de tedio y el olvido los entierra.

## CARABAÑA: el mejor purgante.

«LA CRUZ ROJA alemana ha empezado a jalonar las carreteras de su país de puestos de socorro de urgencia. El plan completo, que tardará unos pocos años en desarrollar, comprende 3.000 puestos. A los hospitales de las localidades pequeñas se les proporcionará un coche ambulancia.»

Algo de esto se debía de hacer en España; pero con los 3.000 puestos no tendríamos bastante para el primer trozo de la carretera de La Coruña.

CARLOS V. decía que él hablaba francés a un amigo. Alemán a su caballo. Italiano a una dama. Español a Dios. Inglés a los pájaros.

QUE SEA médico más grave quien más aforismo sabe, bien puede ser; pero que no sea experto el que más hubiere muerto, no puede ser.

GÓNGORA.

lio de la Osa y padre político del inspector municipal de Sanidad de Casas de Benítez D. Luis Martínez.

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

—En Madrid, el conocido y competente practicante D. José Frutos, padre del notable tocólogo del mismo apellido.

—En Edimburgo acaba de fallecer, víctima de los rayos X, el Dr. Jhon W. Spencer, que desde el 1907 desempeñó el puesto de profesor radiólogo en el Hospital de Niños de Edimburgo, afrontando con gran abnegación amputaciones sucesivas y varias radiodermitis.

—En Moscú ha fallecido el ex profesor de la Universidad Dr. Voght, sabio especialista en enfermedades del aparato circulatorio y autor de obras de reputación mundial, traducidas a casi todos los idiomas conocidos.

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

EL AVARIENTO, donde tiene el tesoro tiene el entendimiento.

Ayuntamiento de Madrid



## SANATORIO PEÑA-CASTILLO.

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

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

Hotel de dietética. — Dos hoteles para psiconeurosis.

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

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

SANTANDER



partido judicial de Alcañiz, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 987; categoría 3.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 30; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 150 kilómetros de la capital y a 25 de Alcañiz, que es la estación más próxima. Carretera que empalma con la de Zaragoza.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Valderrobres, provincia de Teruel, partido judicial de Valderrobres, con el haber anual de 2.750 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 3.197; categoría 2.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 35; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

Datos.—Villa, cabeza de partido, a 180 kilómetros de la capital y a 36 de Alcañiz, que es la estación más próxima. Carretera. Río Matarrana.

(Continúa en la página siguiente).

### 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.

### OCASION

Quedan disponibles todavía algunos grandes microscopios para investigaciones de bacterias. La mejor fabricación alemana de Wetzlar, trípode universal para las mayores exigencias, de uso en las Universidades para todas las investigaciones científicas, con revólver cuádruple, 4 objetivos, sumersión de aceite 1/12, 5 oculares con periscopio y micrómetro, hasta 2.625 aumentos, gran mesa movable con iluminación Abbé, completo en armario, por sólo 781 pesetas. (Precio para venta al detalle más de 1.338 pesetas.) Prospectos gratis.

Escribir a F. L. U. 786, RUDOLF MOSSE

Apartado 117. — Barcelona.

# FOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid



## PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

**Laboratorio LUNA PEREZ**  
LUCENA (CÓRDOBA)

## ✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

**REUMATISMO ESQUIZOFRENIA**

**YODOVISAL MANGAN-ARSENIL**

Salicilato sosa. Cacodilato de manganeso.  
YODURO potasa. Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

**D. FENOLLOSA**  
PAZ, 26 VALENCIA

## ALMORRANAS



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

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Más de Barberáns, provincia de Tarragona, partido judicial de Tortosa, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.398; categoría 4.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 15; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

*Observaciones.*—Hay otro titular.

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento, a 17 kilómetros de Tortosa y a 63 de la capital. La estación más próxima, Santa Bárbara, a 12 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Casas de Don Gómez, provincia de Cáceres, partido judicial de Coria, con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 648; categoría 5.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 26; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento, a 6 kilómetros de la cabeza de partido y a 65 de la capital. La estación más próxima, Cañaveral. Carretera y río.

—Por no haber tomado posesión, la de médico titular e inspector municipal de La Cerca; formando el partido, además del indicado, 16 pueblos más, provincia de Burgos, partido judicial de Villarcayo, con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.800; categoría 5.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 14; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

*Datos.*—Ayuntamiento, a 16 kilómetros de la cabeza de partido y a 105 de la capital. La estación más próxima, Bercedo, a 16 kilómetros. Carretera y río.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Planes, formando el partido, además del indicado, los pueblos de Almudaina y Tollas, provincia de Alicante, partido judicial de Concentaina, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 2.402; categoría 3.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 25; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

*Observaciones.*—Según nuestros datos, el casco de la población tiene 1.000 habitantes.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 15 kilómetros de la cabeza de partido y a 70 de la capital. La estación más próxima, a 5 kilómetros. Carretera y río.

—Por nueva creación, la de médico titular e inspector municipal de Gozón, provincia de Asturias, partido judicial de Avilés, con el haber anual de 2.750 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 3.263; categoría 2.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 100; plazo de presentación de instancias hasta el 29 de Octubre.

*Observaciones.*—Según nuestros datos, Gozón (Oviedo) tiene 9.926 habitantes.

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento, a 12 kilómetros de la estación de Veriña. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de San Martín de Montalbán, provincia de Toledo, partido judicial de Navahermosa, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.769; categoría 4.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 75; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 40 kilómetros de la capital y a 11 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Torrijos, a 36 kilómetros. Carretera y río.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Puertomingalvo; formando el partido, además del indicado, el pueblo de Castelvital, provincia de Teruel, partido judicial de Mora de Rubielos, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.557; categoría 4.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 4; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 36 kilómetros de la cabeza de partido y a 70 de la capital. La estación más próxima, Rubielos, a 61 kilómetros. Río Linares.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Frigiliana, provincia de Málaga, partido judicial de Torrox, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 2.296; categoría 3.<sup>a</sup>; número de familias incluídas en la Beneficencia, 140;

(Continúa en la página siguiente.)



encuentra en el lado derecho y muy en la parte posterior. El costado izquierdo del feto se encuentra en contacto con la pared abdominal de la madre, y, por esta circunstancia, el foco de auscultación se encuentra en la línea media y permite oír los latidos con gran intensidad. En la posición mentoílica izquierda transversal, se explora con el dedo la mitad izquierda de la cara del feto. El foco de auscultación máxima se encuentra un poco a la izquierda de la línea media del abdomen. En la mentoílica izquierda posterior, la nariz se encuentra en contacto con la sínfisis sacroílica izquierda. Es bastante difícil llegar con el dedo hasta ella. La auscultación demuestra que el foco máximo se encuentra aproximadamente en el mismo sitio que en las variedades anteriores. En la posición mentoílica derecha anterior se reconoce fácilmente la nariz si se hace el tacto con el índice izquierdo; en cambio, no se llega a la fontanela anterior sino con trabajo y tactando con el índice derecho. El foco de auscultación se encuentra a la derecha de la línea media a consecuencia de estar muy separado el lado izquierdo del feto de la pared abdominal de la madre. En la mentoílica derecha posterior, la nariz, que esta dirigida hacia atrás, es de difícil acceso con el dedo índice izquierdo; pero en cambio, se reconoce bien el lado derecho de la cara. El foco de auscultación es muy débil y se encuentra hacia la línea media, porque el plano izquierdo del feto está muy alejado de la pared abdominal de la madre.

Cuando se ha producido la rotación, en virtud de la cual el mentón se viene a colocar debajo de la sínfisis del pubis, es generalmente fácil reconocer la cara si no está muy deformada por la larga permanencia en dicha posición. El foco de auscultación se percibe muy intenso, un poco a la derecha y por debajo del ombligo.

El mecanismo del parto en las presentaciones de cara consta de seis tiempos, lo mismo que en las presentaciones de vértice, que son: disminución de los diámetros por deflexión, descenso, rotación intrapélvica de la cara, desprendimiento de la cara por flexión, rotación de los hombros, desprendimiento de los hombros y del resto del cuerpo. La

en un lado de la pelvis. Esta tumoración es el occipucio. Aunque se dice que en ocasiones se puede apreciar al lado opuesto al de esta prominencia redondeada otra más aguda y en forma de serradura, parece que no es así, y lo que se ha apreciado ha sido más bien el producto de la sugestión de los que habían diagnosticado ya la presentación de cara. En el fondo del útero, y en el mismo lado que la prominencia aludida, se encuentra el otro polo fetal con los caracteres de las nalgas. Tratando de seguir por medio de la palpación el dorso del feto se observará que es difícil, y sin embargo, es importante. La sensación de resistencia que da el dorso desaparece poco a poco según se va acercando la mano al occipucio, porque es natural que dicho plano fetal se tiene que alejar de la pared del abdomen. Además, se encuentra dicho plano al mismo lado que la parte más prominente, que es el occipucio, en tanto que en las presentaciones de vértice se encuentra al lado opuesto que la parte más prominente de la cabeza, que es la frente. En las mentoanteriores el plano ventral del feto es muy accesible a la palpación; el plano lateral que se encuentra delante también es muy palpable. La auscultación demuestra que el foco de mayor intensidad se encuentra muy alto y en los casos de posición y variedad mentoanterior los ruidos se perciben con mayor claridad que en las presentaciones de vértice. El tacto hecho durante el embarazo no suele proporcionar dato alguno, primero porque no permite una precisión tan grande de lo que se aprecia y segundo porque el cuello del útero, cerrado, no deja llegar al contacto de la cara; eso sin contar con que si la posición de la cara fué secundaria, en el período no se encontraría todavía dicha posición.

Ribemont, en un caso de una multípara, con el cuello muy amplio, pudo ya en el último período del embarazo tatar la cara del feto, lo que le valió para afirmar que en aquel caso la presentación de cara era primitiva y, por tanto, que la presentación de cara primitiva es posible, lo que, como acabamos de ver, ha sido objeto de gran discusión.

Hecho el tacto en el comienzo del parto, solamente se aprecia que la cabeza del feto se encuentra muy alta y



que la bolsa de las aguas está tensa y no permite el tacto.

Más adelante se suelen tocar las narices, la frente, y se llega hasta la fontanela anterior; pero si este tacto se hace de prisa no será extraño que se tome la sutura coronal por la sagital y que se crea que la fontanela anterior es la posterior, diagnosticando así una presentación de vértice inexistente.

Pero si se reconoce con cuidado dicha sutura se observa que la fontanela tiene la forma de un rombo y, sobre todo, que al otro extremo se encuentra la raíz de la nariz y los dos arcos superciliares.

Algunas veces se puede reconocer la cara por el tacto antes de que se hayan roto las membranas; pero esto es poco corriente, porque la bolsa de las aguas, al ponerse tensa, impide al dedo llegar hasta la cara misma; en cambio, cuando esas membranas se han roto se reconocen todos los detalles que hemos dicho ya y, además, los ojos, que dan la sensación de dos tumorcitos redondeados, prominentes y renitentes; también se reconoce la nariz y más allá la boca.

Claro que esta última no tiene la forma de una hendidura transversal, sino que por la presión que sufre ha adquirido una forma redondeada; pero vencido el orificio que determinan los labios se llega a la hendidura formada por los dos maxilares, en la que se tocan las aristas de los mismos.

En cambio, cuando las membranas se rompieron mucho tiempo antes, se produce en la cara una infiltración serosanguinolenta que la hace imposible de reconocer por lo menos en el primer momento.

En efecto, las mejillas se infiltran y su prominencia se hace tan grande que llegan a tocarse una con otra, quedando entre las dos un surco que oculta la nariz.

Ya se comprende que un tacto hecho en estas condiciones, sobre todo si es el primero que se hace, difícilmente permitirá reconocer bien la presentación, y por eso no es raro que se diagnostique una presentación de nalgas.

Los labios, también infiltrados, dan a la boca, no solamente la forma redonda, sino también una estrechez y una

resistencia de su contorno que hace creer que se trata del ano.

La única parte de la cara que no se infiltra por el líquido serosanguinolento es la nariz, y por eso es el único punto de referencia que permite reconocer que se trata de la cara cuando en el tacto se le llega a encontrar y a recorrer en toda su extensión.

El ojo y el párpado pueden hacer creer que se trata de los órganos genitales externos de un niño.

Por eso, para afirmar si se trata de una presentación de cara o de una presentación de nalgas, es preciso reconocer, por medio del tacto, en el primer caso, la nariz; en el segundo, el saliente agudo que forma el coxis detrás del ano.

Cuando se haga el tacto en una presentación de cara hay que proceder con especial cuidado, porque la presión del dedo podría de lo contrario provocar flictenas, o mejor dicho, romper las que se producen espontáneamente en esta forma de presentaciones cuando el parto ha sido largo. Por lo demás no se debe dejar de prevenir a la familia de la posible aparición de estas flictenas para que no las atribuyan a una maniobra torpe del tocólogo. El diagnóstico de las posiciones y de las variedades se hace por los tres procedimientos clásicos: la palpación, la auscultación y el tacto. La palpación demuestra el lado en que se encuentra la espalda del feto y, por tanto, el occipucio, deduciéndose de aquí que el mentón se encuentra en el lado opuesto. El tacto, que demuestra el lado en que se encuentra la nariz, proporciona datos más interesantes, porque la posición es del lado en que la nariz se encuentra, en tanto que la variedad depende de que dicha nariz se encuentre dirigida más hacia adelante o más hacia atrás. Como generalmente es difícil determinar con qué diámetro coincide la orientación de la nariz, se atenderá a la línea frontonasal, que se procurará recorrer con el dedo en la mayor extensión posible.

En la posición mentoillaca izquierda anterior es fácil llegar con el dedo hacia la eminencia iliopectínea derecha a las narices y tras de ellas a la boca y al mentón. En cambio es bastante más difícil llegar a la fontanela anterior, que se



plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Observaciones.**—Igualas, unas 300 pesetas mensuales.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 50 de la capital, cuya estación es la más próxima. Río Alconcar.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Carratraca, provincia de Málaga, partido judicial de Campillos, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.279; categoría 3.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 18; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Datos.**—Lugar con Ayuntamiento, a 17 kilómetros de la cabeza de partido y a 44 de la capital. La estación más próxima, Alora, a 18 kilómetros. Carretera.

—Por defunción, la de médico titular e inspector municipal de Albelda; formando el partido, además del indicado, el pueblo de Castillonroy, provincia de Huesca, partido judicial de Tamarite, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.332; categoría 4.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 9; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Observaciones.**— Hay otro titular.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 4 kilómetros de la cabeza de partido y a 75 de la capital. La estación más próxima, Binéfar, a 16 kilómetros. Carretera y río.

—Por defunción, la de médico titular e inspector municipal de Lupiana; formando el partido, además del indicado, el pueblo de Centenera, provincia de Guadalajara, partido judicial de Guadalajara, con el haber anual de 2.200 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 875; categoría 3.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 20; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 11 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera a Guadalajara. Ríos Ugría y Matayeguas.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Jadraque, provincia de Guadalajara, partido judicial de Sigüenza, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.544; categoría 4.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 43; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Observaciones.**—Se abonarán 5 pesetas



Dan excelentes resultados

en las:

**Colitis aguda y crónica,  
Estreñimiento espasmódico, etc.**

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS.

MUESTRAS Y FOLLETOS: DR. J. VALLÉS Y RIBÓ-Paseo de Gracia, 75-Barcelona

Laboratorio Farmacológico Reggiano (ITALIA) Depósito: D. RAMÓN SALA - París, 174

Píldoras  
Queratinizadas  
de  
Belladona, Valeriana  
y Papaverina

en concepto de vacunación por cada 500 habitantes.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 46 kilómetros de la capital y a 35 de Sigüenza. Carretera y ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Santa Marta de Magasca, provincia de Cáceres, partido judicial de Trujillo, con el haber anual de 1.375 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 876; categoría 5.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 25; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 28 de la capital, cuya estación es la más próxima.

—Por renuncia, la de médico titular e inspector municipal de Mombeltrán, provincia de Avila, partido judicial de Arenas de San Pedro, con el haber anual de 1.650 pesetas por la asistencia a las familias pobres. Censo de población, 1.703; categoría 4.ª; número de familias incluidas en la Beneficencia, 300; plazo de presentación de instancias hasta el 31 de Octubre.

**Observaciones.**—Se bonificará al agraciado por la asistencia al Hospital de San Andrés, con 325 pesetas.

**Datos.**— Villa con Ayuntamiento, a 65 kilómetros de la capital y a 8 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Talavera de la Reina, a 45 kilómetros.

Se necesita médico sustituto por quince días. Para más detalles, dirigirse al médico de Torrecilla de la Orden (Valladolid).

Médico rural se ofrece por dos meses o más tiempo. Dirigirse a D. Manuel

Martínez, Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Vacante de practicante en Cirugía en la Sociedad Protectora de Mora (Tolledo), con el sueldo anual de 1.500 pesetas. Se admiten solicitudes hasta el día 21 de los corrientes.

Mora, 4 de Octubre de 1930.—El presidente, Pelayo S. Biezma.

Las enfermedades del

**Estómago e  
Intestinos**

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

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

Poderoso tónico digestivo  
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias  
del mundo.



**ANALISIS**

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

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

**ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO**

**BENGALAI**

*Eficaz, Agradable é inofensivo.*

**ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA**

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

Ayuntamiento de Madrid



## MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRANIAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA  
PRURITOS — ECZEMAS — ESTROFULO

## COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



## COLECISTÍTIS CRÓNICAS

INSUFICIENCIA HEPÁTICA  
PERTURBACIONES DIGESTIVAS  
DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia

Docteur E. PERRAUDIN\*, Pharmacien de 1<sup>re</sup> Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9<sup>e</sup>

La funci  
Garantía  
cación de

SUM  
visión M  
gresos.—  
nos.—M  
Gaceta

Preo  
forma c  
catedrát

Los  
rta y en  
ción pú  
derse sic  
titución.  
tivas de  
otras dic  
las mism  
propone  
gorizan  
creemos  
nos a tra  
se ha at  
reforma  
ha venid  
(no saber  
refrenda  
todo des  
tualidad.

Como  
tan en m  
drían ob  
que legi  
nuestro  
ciones a

Princ  
relación  
Consejo:  
Por l  
brero de  
sidente (  
neral de  
Entre las  
de ser c  
santes.

Por l



## 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.—Del momento sanitario actual, por el Dr. Palanca.—Provisión Médica Nacional.—Mi opinión al Reglamento de Provisión de médicos titulares, por Santiago Fernández de Velasco.—Asambleas y Congresos.—El Dr. López Durán.—Dispensario Martínez Anido.—Asamblea Nacional de Colegios de Matronas, por Setisal.—Colegio de Huérfanos.—Movimiento médico de Barcelona, por F. Wüst Berdaguer.—Sección oficial.—Remitido: Suspensión de la Asamblea extraordinaria.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia médica.—Vacantes.—Por las clínicas de Europa.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

## De Instrucción y Sanidad.

Preocupa en Instrucción pública la nueva reforma de su Consejo, casi todo él constituido por catedráticos y maestros en activo.

Los Cuerpos consultivos tienen en la buena teoría y en la conveniente práctica de la Administración pública un carácter múltiple al que debe atenderse siempre que se plantea o se modifica su constitución. Así, unas veces son inspiradores de iniciativas de la actividad gubernativa y organizadora, otras dictaminadores y críticos por exigencias de las mismas autoridades; otras fiscalizadores y hasta proponentes de sanciones y correcciones que vigorizan las determinaciones de los Gobiernos. No creemos que nadie niegue esto; y a ello, limitándonos a tratar de la Instrucción pública, diremos que se ha atendido en orden decadente en las diferentes reformas por que el Consejo de Instrucción pública ha venido pasando, desde antes de la ley Moyano (no sabemos si hoy vigente) hasta el decreto de 1901 refrendado por el Conde de Romanones y sobre todo desde la discreta reacción de éste hasta la actualidad.

Como no nos gusta hablar de memoria, aunque tan en moda esté el hacerlo hasta por los que tendrían obligación de conocer los antecedentes sobre que legislan, recordaremos a nuestros lectores, por nuestro sistema de los *rabitos de pasa* las disposiciones a que nos referimos.

\*\*

Principales organizaciones en cuanto guardan relación con los catedráticos miembros de este Consejo:

Por la disposición del Real decreto de 17 de Febrero de 1848, el Consejo se componía de un presidente (ministro) y un vicepresidente (director general de Enseñanza-Instrucción) y 28 consejeros. Entre las condiciones para ser consejeros figura la de ser catedráticos en ejercicio o jubilados o cesantes.

Por la ley Moyano (ley de 9 de Septiembre de

1857) lo integraban, aparte del presidente, 30 individuos (art. 245); entre las condiciones para pertenecer al mismo, figuraban: ser rector (los rectores no tenían que ser catedráticos) o catedrático facultativo o de escuela superior que haya ejercido el cargo durante doce años (art. 246). Había cinco consejeros-ponentes que tenían sueldo, y eran catedráticos superiores o facultativos de término, o rectores por tres años o con quince de antigüedad en el profesorado (art. 248). El rector de la Universidad Central era consejero nato.

Por la ley Gamazo (11 de Octubre de 1898) se componía de un presidente y 53 vocales. El presidente, y 49 eran nombrados por el Rey a propuesta del ministro de Instrucción pública, inamoviblemente. El rector de la Universidad Central era consejero nato. Los consejeros *podían* ser catedráticos.

Por la ley del 1900 se modifica la Comisión permanente, que la constituyen los consejeros de residencia en Madrid, siendo electivos entre los de regia nominación.

Por la ley del 21 de Febrero de 1902, lo componen un presidente (ex ministro) y 53 vocales, nombrados por el Rey a propuesta del ministro de Instrucción pública, siendo consejero nato el rector de la Universidad Central.

Por la disposición del 28 de Febrero no se fija número exacto total de consejeros (art. 1.º); pero son natos el rector de la Universidad Central, los ex ministros, ex presidente del Consejo de Instrucción, y hay 40 vocales: 24 de nombramiento ministerial y 16 seccionales (art. 3.º). Entre las condiciones para ser consejero, figura la de ser catedráticos o profesores numerarios con diez años de antigüedad para ser designados por el ministro (artículo 6.º), y ser rectores o jefes de establecimientos docentes oficiales para serlo por las secciones (art. 8.º).

Por la disposición del Real decreto de 14 de Abril de 1916 se agrega al art. 1.º del Real decreto de 1902, cuya vigencia se restablece, varios consejeros natos no fijos (delegados regios, directores generales de Instrucción pública, subsecretarios



rios y ex ministros) (art. 1.º). Se inserta como condición para ser consejero la de ser catedrático conforme al Real decreto de 1911 (art. 2.º), y de los 10 vocales de la Permanente (cinco de nombramiento ministerial y cinco por el Consejo) figura la condición de ser catedrático sin limitación fija (art. 4.º).

Por la disposición del Real decreto de 13 de Octubre de 1921 es consejero nato el rector de la Universidad Central (art. 2.º). Existen 18 catedráticos de regia nominación (art. 13), y entre las condiciones para ser de los restantes 12 consejeros figura la de ser catedrático o haberlo sido con treinta y cinco años de servicios. Los demás deben tener diez años de servicios y residir en Madrid (art. 5.º). Entre las condiciones para ser de la Permanente, figura la de ser catedrático con quince años de servicios (art. 13). Se prorrogó hasta 1.º de Enero de 1926 por Real decreto de 11 de Diciembre de 1925.

Por la disposición del Real decreto de 25 de Junio de 1926, son catedráticos consejeros: El rector de la Universidad Central (los rectores no tenían que ser catedráticos) (art. 2.º). De los 12 restantes era como condición para serlo, el ser catedrático activo o jubilado por edad (art. 4.º), contando diez años de servicio los en activo y residiendo en Madrid (art. 5.º). Son correspondientes: los rectores (10 y luego 12). Un catedrático por cada una de las cinco Facultades, dos por las dos secciones del Bachiller Universitario, uno de la Escuela de Comercio, uno de Veterinaria, uno de las Normales, uno de la Superior del Magisterio, uno de Artes e Industrias, uno del Conservatorio, uno de la de Pintura y Escultura, uno de ingenieros industriales, uno de un Centro no oficial y un maestro o maestra... en total 18 entre una suma de 21 (*sólo tres no son catedráticos*). Entre las condiciones para ser de la Permanente se requiere ser catedrático de Facultad con más de catorce años de servicios (art. 15).

(Coincide fundamentalmente con ésta la disposición «Tormo» de 22 de Septiembre de 1930, dictada a pesar de haberse prorrogado el 1.º de Julio anterior indefinidamente la ley Callejo de 1926.)

\*\*

A primera vista, *grosso modo*, parece que los únicos que entienden de enseñanza son los que la ejercitan en funciones de catedráticos o maestros, y así sería verdad si solamente de las investigaciones y literatura y comunicación de la enseñanza se tratara; pero como el concepto pedagógico es mucho más amplio que el materialmente docente y el social más amplio que el pedagógico, de aquí que un Consejo de Instrucción pública que se componga casi exclusivamente de catedráticos y maestros,

será siempre insuficiente, cualquiera que sea el número de los que con ese exclusivo carácter le componen.

¿Quién podrá negar que un hombre sabio en una especialidad puede no atinar en la organización general de la enseñanza en tan diferentes grados y facetas como debe ser atendida para cumplir su misión sintética? ¿Y se evitará esta deficiencia llevando un representante de cada disciplina para la composición total y sintética del Consejo? No, ciertamente. Esta es una de las ocasiones en que uno más uno, más uno, más uno, no suman cuatro, sino cero o peor que cero.

Esto, como decíamos, había sido en desigual manera, pero al fin en alguna, atendido hasta que, desde hace algunos años el torcido concepto del Juan-Palomismo se apoderó de la Instrucción pública, dando por resultado lo que era de esperar.

Sin que entremos a juzgar por inspiraciones apasionadas, como las que leemos a diario en la Prensa, y ateniéndonos tan sólo a las faltas que señala en el Cuerpo docente y de modo oficial el señor ministro de Instrucción pública, le llamaremos respetuosamente la atención para que reflexione si no es mucho pedir en seres humanos, aunque sean seres superiores y catedráticos, el que ellos mismos propongan los remedios y apliquen las sanciones a las deficiencias en que ellos mismos, por lo menos algunos de ellos, incurren, según su jefe señala con serena imparcialidad. ¿Podrá salir el remedio de los abusos de los textos, de una Corporación compuesta en parte de sus autores o de *compañeros* de sus autores? ¿Remediarán o fiscalizarán imparcialmente los defectos y aplicación de los fondos de las enseñanzas prácticas aquellos a quienes se inculpa o que son inmediatos testigos de la inculpación? Pues ¿qué diremos de la puntualidad de las asistencias, ausencias y vacaciones, y qué de la imparcialidad de los Tribunales y jurados? Muchos años hace que aprendimos aquel infantil apólogo tan instructivo de «no era león el pintor».

\*\*

La proximidad de la fecha de reunión de la Asamblea de Inspectores municipales de Sanidad, y el interés vivo que en nosotros despiertan los asuntos que en ella han de ser tratados por una parte, y por otra nuestro empeño de no abandonar la actitud serena e imparcial que en esta cuestión ha sido norma de nuestra larga vida, nos lleva a ocuparnos con toda la elevación de espíritu que nos sea dable en tales asuntos. Al propio tiempo, debemos establecer algún orden en lo que lo apremiante del tiempo nos consiente para la publicación de los numerosos trabajos que recibimos y



Fórmula: Yodoyoduro de potasio y hamamelidina

A/D



# IODAMÉLIS

**Específico cardio-vascular total**

en los

**Arterio-Esclerosicos  
uricemicos  
hyperviscosos**

en los

**Hypertensos venosos  
cyanoticos  
varicosos**

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

**LABORATOIRES J. LOGEAIS** 22 bis RUE DE SILLY BOULOGNE S/SEINE

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

Ayuntamiento de Madrid





## El adversario más eficaz de la morfinomanía.

No produce intolerancia, ni la euforia propensa al vicio. La escopolamina asociada a la morfina refuerza su actividad terapéutica y a la vez suprime sus inconvenientes.

**Analgésico:** Todas las indicaciones de la morfina, en oposición al elemento dolor.

**Hipnótico y sedante:** Insomnios dolorosos. Manías, delirios, alucinaciones. Sedación previa a la anestesia quirúrgica, reducción de luxaciones y fracturas, partos dolorosos.

**Antiespasmódico:** Mal de Parkinson. Disnea de los asmáticos, aórticos y urémicos. Mareo. Contracción esfínterica anal, uretral o vesical.

**Hipocrínico:** Sudores profusos nocturnos de los tuberculosos.

**Desmorfinizante:** Curas de desmorfinización.

Cuando no pueda inyectarse **SEDOL**, se prescribirá **SUPOSEDOL** (supositorios de igual composición).

Garantizado por el farmacéutico J. L. GALLEGU.—Madrid.

Asociación  
Digitaina-Uabaina

# DIGIBAÏNE

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 Diagonal, 440.  
Agente general para España. BARCELONA

### Única Medicación de las ENFERMEDADES del HIGADO

reuniendo las  
OPOTERAPIAS HEPÁTICA Y BILIAR  
con los COLÁGOS más activos.  
2 a 12 PILDORAS al día 6 l a 6 cucharaditas de postre de 10 Gr. de SOLUCIÓN

### ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE  
SUPOSITORIOS Y ENEMA

1 supositorio cada día 6 l a 3 cucharaditas de las de café de Rectopanbiline en solución en 160 gramos de agua hervida caliente. Mitad en los niños

De venta en todas las farmacias.

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



# YODEOSAL

uso externo

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

Ayuntamiento de Madrid

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

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



que por nuestra parte teníamos en preparación; pero hoy suponemos digno de toda preferencia, por su origen y su espontaneidad, el artículo que ha tenido la atención de dedicarnos el Sr. Palanca, actual director de Sanidad.

El hecho y la significación que su puesto le da impone a la imparcialidad y consideración más elementales el que su conocimiento no llegue tarde a los interesados.

Por esto, y sin más comentarios por hoy que el de nuestro reconocimiento al Sr. Palanca por su deferencia con EL SIGLO MÉDICO, publicamos su trabajo a continuación aplazando por este número los que teníamos preparados, pero afirmando tan sólo que el apreciable artículo es original, y no reproducción de otros periódicos, como con olvido de la probidad periodística ha hecho en ocasión análoga algún otro colega.

\* \*

Ajustado ya el número presente, en el momento de cerrarle, recibimos la nota que en otro lugar publicamos, suspendiendo la Asamblea extraordinaria de representantes que debía celebrarse el 20 del actual.

DECIO CARLAN

## DEL MOMENTO SANITARIO ACTUAL

No es fácil, ciertamente, regir la Sanidad pública española en los momentos actuales. Los deseos de mejoras, las ambiciones legítimas o ilegítimas, los intereses encontrados de las clases sanitarias, las situaciones creadas a través de los años y, sobre todo, la errónea, pero muy arraigada idea de que se dispone de situaciones y destinos sin más tasa ni más límite que la propia voluntad, ponen en trance desagradable y falso al que llegando al cargo con buena fe y entusiasmo se encuentra entorpecido en su gestión por las dificultades emanadas de un ambiente enrarecido. No es muy difícil predecir que en un plazo más o menos largo, siempre corto, su entusiasmo decaerá y terminará por aquejarse, o por anularse, cuando no por ambas cosas.

Cada vez que se trata de modificar alguna disposición, un reglamento, una simple circular, cualquier cosa, por insignificante que sea, hay que echarse a temblar por las protestas que fatalmente van a producirse. Cada disposición sanitaria vigente, sea buena o sea mala, que en esto no hay que pararse mucho a meditar, defiende cuidadosamente ocultos un cierto número de intereses que van a concitarse contra el desgraciado innovador que tenga la audacia de llamar a su puerta. A cada una de estas disposiciones, o a cada uno de estos reglamentos, podría ponerse como epígrafe el epitafio compuesto para cierto general alemán: *Sta, viator; heroem calcas*.

Nadie consiente aquí que se le infiera la menor molestia, y no ya que se les pise, sino que ni siquiera se les cambie de postura ni aun para mejorar. Cualquier tentativa contra sus derechos, mejor o peor fundamentados, se traduce en protestas, en campañas o en artículos periodísticos, desde el bien

orientado, sensato y certero, hasta aquel en que se insulta de una manera procaz. El caminante recibe toda clase de manifestaciones, al principio con sorpresa, luego con dolor y al final con indiferencia; pero tarde o temprano su ánimo se inclina a dejar tranquilos a los héroes en su tumba, sin pararse a considerar si el que está bajo el epitafio es realmente héroe y si realmente se le molesta. No cabe duda que puestos en el camino, lo más cómodo es ir sorteando los obstáculos dando un rodeo sin molestar a nada ni a nadie. Es más cómodo, repito, este proceder de dejar en su sitio las cosas; lo que no sé, en cambio, es si es más conveniente para la Sanidad pública y para las mismas colectividades sanitarias. De todas maneras hay quien lo ha seguido con relativo buen éxito.

Digo todo esto a propósito de las aspiraciones de los inspectores municipales de Sanidad, que tanto y tanto están dando que hablar en estos últimos tiempos. Me interesa mucho fijar bien mi actitud y mis propósitos frente a sus problemas. Nunca ha pasado por mi imaginación ir contra sus intereses por varias razones. Primero, porque creo que lo que piden es justo, y porque mi obligación es defenderlos en todo lo que sea razonable. Segundo, porque sería una necesidad imperdonable ir porque sí, sin motivos ni fundamentos, contra las aspiraciones de una colectividad que depende de mí. Todavía hay una tercera razón: la de que los intereses de los inspectores municipales de Sanidad van hermanados con los de la salud pública, y son, en fin de cuentas, los de la Nación.

Así, pues, donde haya un interés común a todos ellos, pago por el Estado, independencia, etc., allí estaré yo. Podremos discrepar en cuanto a los medios para conseguir la victoria, pero en la necesidad de lograrla siempre estaremos de acuerdo. Pero hay aspiraciones que *no son comunes a todos los médicos titulares*. Hay entre ellos mismos discrepancias que yo soy el llamado a resolver en la actualidad, y al llegar a un punto de éstos, no hay posibilidad de que mi gestión sea apreciada unánimemente por ellos, y a los favorecidos parecerá buena y los desairados la reputarán como mala, y es natural, además, que así suceda. Pero lo que ni unos ni otros pueden poner en duda es mi buena voluntad, y mucho menos pueden dejarse arrastrar por la pasión que complica la cuestión, la hace más difícil de resolver y no proporciona ninguna ventaja a unos ni a otros.

Tal es el caso de las oposiciones. Hay dos criterios entre los médicos titulares, y yo he tenido que resolverlo con arreglo a mi entender y a mi conciencia, y sigo creyendo que lo he resuelto sin el menor perjuicio para nadie. Los que hoy protestan en forma más airada son precisamente los que hace dos años originaban una alteración de orden público, cada vez que se convocaban estas oposiciones, alegando entonces que no tenían finalidad práctica. ¿Es que no se acuerdan ya de esto? Yo he recibido recientemente un telegrama de protesta de un médico de Gerona que, mal informado, creía que le había perjudicado con la supresión de las oposiciones. Pocos días después, cuando en una Junta general del Colegio de Médicos de aquella provincia los restantes compañeros de ella le hacían comprender la verdad del asunto y las ventajas que tiene para ellos la supresión, me telegrafaba rectificando su anterior protesta.

Yo soy partidario—en nuestro país—de las oposiciones. Pero soy partidario de oposiciones a plazas determinadas; de oposiciones que proporcionen un derecho efectivo. No soy, en cambio, partidario de oposiciones a ficciones, a sombras. Y por eso iremos en el nuevo régimen de provisión de plazas a conceder a la oposición verdad la importancia que debe tener. Ha defendido EL SIGLO MÉDICO las oposiciones, y yo



las defendiendo también, pero las defendiendo tal como se harán de aquí en adelante, y nunca a esas oposiciones que había que convocar, con Guardia civil, con Orden público, y a las que sólo faltaban ametralladoras para darles un cierto ambiente político.

Creo honradamente que el Real decreto de 6 de Agosto último, es el paso más firme que se ha dado para conseguir el pago por el Estado. Los que critican las sanciones que han de aplicarse en lo sucesivo a los inspectores municipales, y que son las de los funcionarios del Estado, no piensan, no tienen en cuenta, el formidable argumento que se ha puesto a su alcance para conseguir más adelante el pago por los organismos centrales, puesto que si se les equipara en un extremo, no habrá motivo serio para negarles la asimilación en lo demás.

Si no fuera yo partidario de favorecer sus aspiraciones, no les habría puesto en el que creo camino de conseguirlo. Comprendo muy bien que lo más eficaz no es siempre lo más popular, y es muy posible que más fácil y rápidamente me habría captado las simpatías de todos, si aprovechando la formalidad protocolaria de cualquier Congreso profesional, les hubiera espetado un discurso en el que, con voz hueca y campanuda, les hubiera asegurado que el pago por el Estado era cosa segura, sin preocuparme de lo que pasase después o diciendo para mi capote lo que el monarca francés: «después de mí, el diluvio». Pero el respeto que debo a los demás y, sobre todo mi propia estimación, me han movido a rechazar un proceder tan poco noble, y de acuerdo con mi manera de ser he sacrificado la popularidad en aras de la seriedad. He tenido muy en cuenta el ejemplo que nos dió Marañón cuando en el famoso asunto Asuero supo trocar la popularidad por la autoridad. El tiempo transcurrido ha demostrado que bien pudo soportar los disgustos y los ataques de entonces a cambio de la estimación y del respeto que su conducta le ha granjeado.

Creo que con la publicación en la *Gaceta* de las vacantes de titulares, con la reglamentación de los concursos, con la equiparación a funcionarios del Estado y, sobre todo, con la imposibilidad de que los Ayuntamientos destituyan y suspendan a sus médicos—extremo que con tanto cuidado han ocultado mis detractores en sus comentarios al último decreto—estamos en el buen camino, en el único camino, para llegar a la centralización completa. Creo también que se conseguirá lo demás, aunque sin olvidar que para que un director general lo consiga—yo o cualquiera que sea el que me substituya—hay que estar asistido por la fuerza de la opinión. Por eso yo agradezco las innumerables cartas, los miles de cartas, que he recibido y sigo recibiendo de los médicos titulares, que desde todos los rincones de nuestro país me incitan uno y otro día a perseverar en la obra emprendida sin tomar en cuenta lo que un grupo de exaltados dice y escribe.

Más de siete meses llevan ya algunos periódicos profesionales discutiendo si la Asociación de médicos titulares debe ser libre u oficial, voluntaria u obligatoria, y mientras se discute este punto tan interesante a juicio de ellos, mientras se discute con mejor o peor intención, los veterinarios, más prácticos, y los farmacéuticos, más atentos a la realidad, van avanzando en el camino de sus conquistas. Por mi parte, me parece que nada de eso reviste verdadera importancia. Oficial o libre, voluntaria u obligatoria, en el fondo es igual si hay entusiasmo y fe en los dirigidos y si los directores lo complementan con actividad, inteligencia y alteza de miras. Desgraciadamente, ninguna de estas cualidades se prestan ni se dan con una disposición oficial. Por eso, cuando en el papel o en el discurso se traen y se llevan

a miles y miles de médicos, acuden a mi memoria en tropel los hechos que se han llevado a cabo en el mundo con pocos, muy pocos adeptos, pero unidos así por el doble lazo de un entusiasmo verdadero y una jefatura acertada. A los mil de Marsala, por ejemplo, les bastó para salvar a Italia la comunidad de ideas bajo un hombre elegido. El entusiasmo hay que buscarlo en el fondo de los corazones; pero hay que buscarlo con la verdad, con la justicia y con la razón.

Esta comunidad de deseos, esta identificación de aspiraciones, es lo que necesitan encontrar los médicos rurales. Si yo fuera enemigo de la unión de todos, me hubiera cruzado de brazos en la seguridad de que muy cerca se encontraría ya el fin de ella. Pero como no es así, yo he hecho un último llamamiento a la concordia, y creo que he encontrado quien responda noblemente. Espero que del amor a la clase de todos saldrá clara y despejada la situación y que no se persistirá por nadie en la política de jaleo y de barullo de espaldas a las realidades del momento. Soy optimista, pues, en el momento actual, y creo que podremos seguir avanzando en la senda de nuestra redención sanitaria, borrando para siempre de nuestra memoria el famoso epitafio dedicado al general Mercy:

*Detente caminante; pisas a un héroe.*

DR. PALANCA

## PREVISION MEDICA NACIONAL

En el local del Colegio de Médicos se ha reunido el Consejo de administración de la Previsión Médica Nacional, organizada por los Colegios Médicos españoles, presidiendo el Dr. Pérez Mateos y asistiendo los consejeros Dres. García Tornel, de Barcelona; Pardo, de Guadalajara; La Rosa, de Sevilla; Cimas Leal, de Salamanca; Cogollos, de Valencia; Hinojar, de Madrid; Lomas, de Lugo, leyéndose las adhesiones de los Dres. Durán, Sousa, de Madrid; Dacio Crespo, de Zamora, y Arilla, de Zaragoza.

Son examinadas las nuevas solicitudes de admisión correspondientes al presente mes, que alcanzan a 442, siendo ya el número de las inscripciones hechas de 2.432, acordándose, en vista de este éxito, adelantar la fecha de funcionamiento de la Previsión, fijándose el día 31 de Octubre como último día de plazo de solicitudes de socios fundadores.

En armonía con el acuerdo anterior, el Consejo redactará una circular para dirigirla a todos los Colegios de Médicos, advirtiéndoles del plazo señalado, para que a su vez lo comuniquen a los colegiados, a fin de evitarles el perjuicio que se les ocasionaría si por descuido o ignorancia se inscribiesen pasada dicha fecha del 31 del corriente, en que las cuotas ya serán dobles y se restringirán los límites de edad.

Se aprueban las cuotas discrecionales para los asociados mayores de sesenta años y se fija el criterio a seguir para la admisión de socios. Se autoriza al vicesecretario tesorero, Dr. Egea, y al jefe de contabilidad, Sr. Crespo Martínez, para que firmen los recibos del primer plazo de cuotas de entrada y garantía correspondientes al presente mes.

Se resuelven todas las consultas elevadas al Consejo por los Colegios provinciales, recomendándoles que, para facilitar esta labor de estudio, envíen diariamente las solicitudes que obtengan, en vez de esperar a mandarlas



en paquetes numerosos, con lo que hacen más difícil su despacho y la depuración de errores.

Se acuerda recordar a todos los Colegios la pronta constitución de las Juntas distritales, a fin de que la organización esté completa el 31 de Octubre, fecha en que terminará el plazo de admisión, para comenzar el de funcionamiento.

El Dr. Hinojar dirige un ruego al presidente de la Previsión, Dr. Pérez Mateos, para que éste venga a dar una conferencia a los asociados del Colegio de Madrid sobre esta hermosa obra mutualista. El Dr. Pérez Mateos agradece y acepta honrado la invitación, anunciando que dará la conferencia en el Colegio de Madrid en la fecha en que vuelva a reunirse este Consejo de administración.

Se acuerda, por último, dar las gracias a todos los Colegios de Médicos de España y a la Prensa profesional por la labor admirable que realizan, que ha permitido reducir a la mitad el plazo de organización de la Previsión Médica Nacional.

\* \* \*

Se recuerda a los señores colegiados la conveniencia de inscribirse en la Previsión Médica Nacional, cuyo Reglamento pueden recoger en la secretaría de este Colegio, Esparteros, 9, y en donde solicitarán cuantas instrucciones estimen oportunas.

### Mi opinión al Reglamento de Provisión de Médicos titulares.

Aun cuando supongo que mi firma no pesará en el ánimo de los compañeros, ni formará opinión, voy, sin embargo, a permitirme expresar públicamente, desde las acogedoras columnas de EL SIGLO MEDICO, mi modo de pensar sobre el Real decreto de Gobernación, núm. 1.866, publicado en la Gaceta con fecha 6 de Agosto del corriente año sobre provisión de plazas, por los Ayuntamientos, de médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad; y que, por otro lado, deseando la Dirección general de Sanidad saber la opinión de los médicos titulares, dispuso que por los inspectores provinciales de Sanidad se abriese en sus respectivas provincias un a modo de plebiscito entre los inspectores municipales de Sanidad, para que teniendo en cuenta el modo de pensar de los mismos, hacer llegar a la Gaceta la forma definitiva por la que se ha de reglamentar la provisión de las plazas de inspectores municipales de Sanidad.

A pesar de que por compañeros competentísimos se ha comentado magistralmente dicho Real decreto, por no estar conforme con lo expuesto por el Comité, que si no estoy equivocado, ha llegado a traducir en puntos los diferentes méritos que los solicitantes a las plazas vacantes de médicos titulares presentasen, para que haciendo el cómputo de ellos llegar a conclusión de que los Ayuntamientos eligiesen a quien más puntuación tuviese, deseo intervenir en esta cuestión, por creer tiene mucha importancia.

Por este procedimiento, tal y como se propone, o sea el de puntuación, se podría dar el caso de que un compañero, simplemente licenciado, pero con veinte o más años de práctica profesional, no encontrase partido, porque otro compañero, sin práctica alguna, aunque sí con el grado de doctor con sobresaliente y premio, teniendo en cuenta la suma de puntuación obtenida, fuera preferido;

descontando que siguiendo este sistema, muchos médicos de los que hoy existen en el ocaso de su vida, tendrían que dedicarse a implorar la caridad por no encontrar partido donde ejercer.

Otro de los méritos que se señalan es el contraído por haber asistido a una epidemia, y que, aun sintiéndolo, tampoco estoy conforme con que se tenga en cuenta, reconociéndolo, como mérito, porque entiendo que los méritos, para que así puedan estimarse, tiene que intervenir en ellos la voluntad, y en la presentación de una epidemia no depende de la voluntad del médico.

Por todo lo cual, creo que el único medio de proveer las plazas de médicos titulares es el de la antigüedad en el Cuerpo, que con todos sus defectos es el único modo que hoy se emplea en general y el que más equidad presenta; pero como tampoco es justo que no se reconozca valor y mérito al que ha estudiado, propongo lo siguiente:

Que para la provisión de médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad se tenga en cuenta únicamente la antigüedad en el Cuerpo según el escalafón, a cuyo efecto se computarán como años de servicio:

A los licenciados con sobresaliente, dos años.

A los licenciados con sobresaliente y premio, tres años.

El grado de doctor, cuatro años.

El grado de doctor con sobresaliente, cinco años; y

El grado de doctor con sobresaliente y premio, seis años.

En los trabajos publicados sobre cuestiones sanitarias y de reconocida utilidad pública, cinco años.

Conforme a este criterio, y para facilitar la colocación de los compañeros, los partidos, a este objeto, creo se deben clasificar en la forma siguiente:

Partidos con anejos reuniendo hasta doscientos vecinos, para médicos con cinco o menos años de antigüedad.

Partido con un anejo y hasta trescientos vecinos, para la antigüedad de cinco a veinte años.

Partidos sin anejos y hasta quinientos vecinos, para la antigüedad de más de veinte años.

Reservando los partidos de mayor vecindario para cubrir plazas por oposición, si bien debiendo reservar de ellas un veinticinco por ciento (25 por 100) para la antigüedad.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO.

### ASAMBLEAS Y CONGRESOS

El XIII Congreso Internacional de Hidrología, Climatología y Geología médicas, tendrá lugar en Mont Estoril (Lisboa), del 15 al 22 del mes en curso, bajo el alto patronato del presidente de la República y del Gobierno portugués.

Del 15 al 17 se efectuarán en Lisboa las sesiones científicas, y del 18 al 22 se harán excursiones a algunas de las principales estaciones climatológicas y termales de Portugal.

En este Congreso tendrán representación oficial Francia, Inglaterra, Suiza, Alemania, Bélgica, Checoslovaquia, Italia, Austria, Hungría, España, Noruega, Dinamarca, Holanda, Canadá, Estados Unidos de América, etc.

El XII Congreso se celebró en Lyon en 1927.

Entre los principales temas que se tratarán figuran:

1.º «Las variaciones sanguíneas durante el tratamiento hidromineral».

2.º «La Climatología y la Medicina».

3.º «Las perturbaciones climáticas teniendo alguna influencia sobre los accidentes que surgen en el transcurso de la tuberculosis pulmonar».



4.º «Relación entre la estructura geológica de Portugal y su riqueza en manantiales termominerales, etc., etc.».

—Ha quedado constituida la Comisión española encargada de organizar el Primer Congreso Hispano Portugués de Tocología y Ginecología que se celebrará en Madrid en el próximo año de 1931.

La forman los señores siguientes:

*Presidente*, D. Luis Soler; *vicepresidente*, D. Francisco Luque; *secretario*, D. Francisco Haro; *vocales*: D. Carlos Herrera, D. Enrique López Sancho, D. José Martín Barrales, D. Santiago Población, D. Francisco Terrades, D. Manuel Usandizaga y D. Isidoro de la Villa.

Para cuanto concierne a informes y adhesiones, en la secretaría, Serrano, 74, Madrid.

—Los médicos bolivianos celebrarán a fines del año actual su primer Congreso médico. El Instituto Médico Sucre, encargado de la organización de este Congreso, ha nombrado presidente al Dr. Cuéllar.

Las ponencias a discutir en esta Asamblea son:

- a) Geografía médica de Bolivia.
- b) La lucha antipalúdica, la lucha antialcohólica, la lucha antituberculosa y la lucha antivenérea.
- c) Protección a la madre y al niño.
- d) Legislación sanitaria, asistencia pública, Cruz Roja, legislación médica y medicina social.
- e) Organización de los estudios médicos de Bolivia.
- f) Cuestiones clínicas médicoquirúrgicas.

—Se ha celebrado en Viena el IV Congreso Internacional de la Liga mundial para la reforma sexual sobre bases científicas. Numerosos sabios, pertenecientes a todas las naciones, participaron en los trabajos. Los principales temas del Congreso han sido: «Derechos del niño», «Protección de las madres», «Hijos legítimos», «Limitación de los nacimientos», «Eugenesia moral» y «Educación sexual».

Entre las personalidades que concurrieron figuran los Dres. Magnus Hirschfeld, de Berlín; Haire, de Londres; Maffioni y Sánchez Gómez, de Madrid; Vachet, director de la Escuela de Psicología de París.

—El día 7 inauguró en Jaén sus sesiones la tercera Asamblea de alumnos de la Facultad de Medicina de Granada, en el local de la Sociedad Económica.

Los asambleístas visitaron Jabalzu y Marmolejo.

Explicarán conferencias el director general de Sanidad y otros doctores, y se verificarán sesiones operatorias en el hospital.

Terminada la Asamblea se celebrará un banquete de confraternidad.

## EL DR. LOPEZ DURAN

El lunes pasado falleció en Madrid el ilustre profesor del Instituto Rubio D. Adolfo López Durán, cuya extensa labor científica avalora tantas publicaciones médicas.

«La muerte del Sr. López Durán ha producido general sentimiento. Aparte de sus grandes dotes científicas y de su seria, sólida y consciente obra clínica, el finado era querido y respetado en todos los sectores de la sociedad. Por sus prendas caballerosas y la gran nobleza de su espíritu puede decirse que vivía enteramente rodeado de admiradores y amigos.»

EL SIGLO MEDICO suscribe estas sentidas palabras dedicadas a López Durán por el gran diario A B C.

Don Adolfo López Durán nació el año 1872, en Jerez de la Frontera. Terminados con singular aprovechamiento sus

estudios de Medicina en Cádiz, vino a Madrid, y en la corte, al lado de D. Federico Rubio, trabajando en el Instituto fundado por este gran cirujano, demostró en seguida su excelente preparación médica y la capacidad extraordinaria que había de llevarle a escalar uno de los más altos puestos de la carrera.

Laboró mucho con Cervera y Martínez Angel, y actualmente regentaba la consulta de huesos y articulaciones en el Instituto Rubio y el pabellón Romanones del mismo benéfico Centro.

A la distinguida familia del Sr. López Durán y al Instituto Rubio nuestro sincero pésame por tan irreparable pérdida.

## DISPENSARIO MARTINEZ ANIDO

CICLO DE CONFERENCIAS.—OTOÑO 1930

Hace dos años—apenas inaugurado este Dispensario—organizamos un ciclo de conferencias, que vino a representar una encuesta entre los especialistas, respecto a los problemas de mayor interés en la lucha antivenérea.

De todas las conclusiones que entonces se dedujeron, quedó como fundamental la de que, con ser tan variados los factores que contribuyen a la efectividad de dicha campaña, continúa figurando en primer término el factor médico, y es el perfeccionamiento de cultura profesional la más interesante oferta que puede hacerse en aras del ideal que nos anima.

He aquí el motivo de que, por segunda vez, solicitemos la atención de cuantos se interesan en este asunto, no ya para escuchar de nuevo a los venereólogos, sino para conocer cómo se enfocan, en el estado actual de la ciencia y desde el campo de otras disciplinas, las cuestiones que nos afectan, al mismo tiempo que informarnos de cuáles son las consecuencias que, fuera de nuestro radio de acción, tienen aquellos males cuyo estudio y mejor conocimiento perseguimos.

No pretendemos abarcar, de una sola vez, todas las cuestiones indicadas, por lo cual hemos prestado mayor atención a la calidad que a la cantidad de conferencias, entendiendo que los ciclos breves y selectos resultan más útiles al objeto de mantener vivo el interés del público médico ante esta clase de problemas. Las conferencias aludidas tendrán lugar durante el presente otoño en este Dispensario, todos los viernes, a las siete y media de la tarde, y una vez citados los nombres de los conferenciantes, nos parece que cualquier comentario de elogio sería superfluo ante la notoriedad de su prestigio.—Fernández de la Portilla.

### PROGRAMA

24 Octubre.—Dr. Adolfo Hinojar: «La emisión y la percepción del sonido en la sífilis».

31 Octubre.—Dr. Valdés Lambea: «El terreno venéreo en Fimatología».

7 Noviembre.—Dr. Francisco Rozábal: «El terreno sifilítico en patología interna».

14 Noviembre.—Dr. Pedro Cifuentes: «Consecuencias tardías de la infección prostática».

21 Noviembre.—Dr. Romeo Lozano: «La sífilis vista desde el campo pediátrico: Algunos de sus problemas más destacados».

28 Noviembre.—Sr. Jiménez Asúa: «El aspecto jurídico de la lucha antivenérea».



5 Diciembre.—Dr. D. José Goyanes: «Relación de la sífilis con el cáncer. Valor de la lucha antivenérea desde el punto de vista oncológico».

## ASAMBLEA NACIONAL DE COLEGIOS DE MATRONAS

En los locales, con sujeción al programa y en los días y horas de antemano señalados, se reunieron en gran número las matronas que de Madrid y provincias afluyeron, celebrando su sesión inaugural en la Real Academia Nacional de Medicina, presidida en este acto por el inspector general de Sanidad interior, D. García Durán, a quien acompañaron en estrados el Dr. Pulido, secretario de la Academia; el inspector provincial de Sanidad de Madrid, Dr. Bardají; el asesor del Colegio de Matronas, Dr. Hernández del Castillo; el Dr. Peña Galarza, secretario del Colegio de Médicos, y las matronas que presiden la Federación de Colegios y el Colegio provincial de Madrid, señoras Marín y Cobos, respectivamente.

Constituida la Mesa y abierta la sesión, la señora Marín saluda a las autoridades y concurrencia; rememora las propagandas y trabajos perseverantes llevados a cabo hasta la consecución de la oficial obligatoriedad por el Dr. Palanca otorgada, colmando así los deseos de elevación y mejoramiento a que la modesta clase sanitaria a que se honra pertenecer aspira. (Aplausos cálidos a la señora Marín.)

El inspector provincial de Sanidad Dr. Bardají (saludado con grandes aplausos al levantarse) se felicita de que las primeras palabras que oficialmente pronuncia en el desempeño de su nuevo cargo sean dirigidas a clase tan modesta y ávida de transformación como las matronas. Estima llegado el momento de que el exacerbado individualismo desaparezca y sea substituido ventajosamente por la cordial e indispensable unión a todas las grandes empresas necesarias; felicita a la Prensa por el desinteresado concurso que presta a las campañas sanitarias, y estimula a las matronas a que procuren que la más acrisolada moralidad reine en sus filas. (Grandes aplausos.)

El Dr. Pulido se adhiere al simpático acto en nombre de la Academia; enaltece a la clase de matronas, a que siempre mostró predilección, como lo acredita la prueba de que a virtud de sus iniciativas se creara la primera escuela libre de matronas en el hoy Museo Velasco. Con estricta justicia proclama las excelentes cualidades de que la mujer se halla adornada para el trabajo y los triunfos obtenidos por el feminismo, a que siempre ayudó como legislador y publicista; concluyendo por ofrecer su simpatía y apoyo a la actuación del Colegio de Matronas de Madrid. (El Dr. Pulido fué entusiastamente aplaudido a la terminación de su discurso.)

El Dr. Peña Galarza ofrece la adhesión del Colegio a la Asamblea Matronal (siendo también muy aplaudido).

Y por último, el Dr. García Durán, en nombre del director de Sanidad, saluda a la Asamblea, dedica afectivas frases al Dr. Pulido, ofrece ayudar en lo posible las justas peticiones de las matronas, recomienda a éstas con especial interés la conservación del decoro profesional y la persecución del intrusismo, terminando por indicar la conveniencia de que las conclusiones sean lo más limitadas y concisas posibles. (El Dr. García Durán declara abierta la Asamblea entre grandes aplausos.)

En los días subsiguientes, las matronas, presididas por la señora Marín, presidenta de la Federación de Colegios, se reunieron, discutieron y aprobaron su Reglamento y las ponencias oficiales anunciadas, llegándose por fin a la sesión de clausura, en que se dió cuenta de una moción del Colegio de Huelva pidiendo rebaja en la contribución, a que la señora Cobos opone el discreto reparo de la inoportunidad del momento. La señora Morillas da lectura a una extensa Memoria en que detalla la perseverante labor por la Federación realizada, y a que, como consecuencia, se propone unánime voto de gracias para su autora, y designándose como final de la jornada la Comisión que ha de entregar a los Poderes públicos las conclusiones siguientes:

1.<sup>a</sup> Creación de las hojas de inscripción para el recién nacido, firmadas por la matrona.

2.<sup>a</sup> Que no prescinda nunca el médico de la matrona como auxiliar en Obstetricia.

3.<sup>a</sup> Que en todos los Ayuntamientos, sin excepción, se creen plazas de Beneficencia de matronas con el haber del 50 por 100 de la titular inicial del médico.

4.<sup>a</sup> Derogación del art. 8.<sup>o</sup> del Real decreto de 30 de Agosto de 1928 (ponencia libre de la señora Montes, del Colegio madrileño).

La señora Cobos, presidenta del Colegio de Madrid, pronuncia un discurso de gracias, en que resultan englobadas las autoridades y la prensa que mayor interés demostraron en la divulgación de sus actuaciones.

Y, por último, la señora Marín, presidenta de la Federación, abundando en el mismo criterio, en nombre de las autoridades superiores da por terminada la Asamblea.

\*\*\*

Escrito lo anterior, recibimos la siguiente cuartilla, que a título de complemento publicamos:

### «DE LA ASAMBLEA DE MATRONAS»

El entusiasmo demostrado por la clase matronal durante la celebración de su Asamblea Nacional, ha culminado en el banquete ofrecido por el Colegio Oficial de Matronas de Madrid a sus compañeras de provincias que acudieron a esta Asamblea en representación de los Colegios del resto de España.

En el restaurant «Spiedum» se congregaron el domingo más de un centenar de matronas, demostrando que la unión y compenetración más absoluta reina en esta organización, cada día más perfecta y animosa.

Presidió el ágape el señor inspector provincial de Sanidad, Dr. Bardají, que sentaba a su lado a la presidenta del Colegio Oficial de Madrid, doña Josefina Cobos, y a la de la Federación, doña Concepción Marín. En lugares inmediatos tomaron asiento los Dres. Sres. Lacasa, Abreu, Haro y Hernández del Castillo, este último como asesor del Comité de Federación. También asistió una representación del Colegio de Practicantes y de la Federación de los mismos.

A los postres, la señora Cobos, presidenta del Colegio de Madrid, ofreció el banquete a sus compañeras de provincias, y con frase felicísima saludó a las ilustres personalidades que la acompañaban en la mesa presidencial, siendo muy aplaudida a la terminación de su discurso. Hicieron uso de la palabra la señora Marín y los señores Hernández del Castillo y Bardají, recogiendo este último lo dicho por sus antecesores en un sentidísimo y elocuente discurso que fué premiado con grandes y entusiastas aplausos.

\*\*\*



La señora Mancisidor, representante de Barcelona, agradeció el obsequio en nombre de sus compañeras de provincias.

En resumen: un acto muy cordial que evidencia una vez más el creciente mejoramiento y entusiasmo de la digna clase matronal de España.»

SEDISAL

## COLEGIO DE HUÉRFANOS

Don Manuel Sacristán Calleja nos ha enviado tres vales de certificación con destino al Colegio de Huérfanos.

\*\*\*

El Sr. D. Manuel de la Vega de la Hoz nos ha entregado 15 pesetas para el Colegio de Huérfanos.

Agradecemos muy de veras al Sr. Vega sus constantes preocupaciones por el Colegio, que las demuestra enviando vales de certificación y algunos donativos con gran frecuencia, así como su señor padre, médico también.

\*\*\*

CANTIDADES RECIBIDAS EN LA SECRETARÍA DE ESTE COLEGIO CON DESTINO AL DEL PRÍNCIPE DE ASTURIAS PARA HUÉRFANOS DE MÉDICOS

Julio. — D. Francisco Botín, 25 pesetas; D. Enrique Stocker, 5; D. Francisco Luque, 2; D. Benito González Serra, 2; D. Rafael Salván, 2; D. Fernando E. de Salamanca, 5. Total, 41 pesetas.

Agosto. — D. Emilio Martínez Arnau, 46 pesetas; don Bernardino Beotas, 36; D. Luis Alonso Lahora, 10; doctor Molás, 26; D. Valentín Martín Calderón, 22; D. Jerónimo Barcala, 16; Sr. Guerrero, 36; varios señores colegiados, 34; Dr. Alfaro, 16; varios señores colegiados, 28; D. José Roales Nieto, 10; D. César López Dóriga, 12; don Luis Driget, 6; D. Mariano López Reche, 8; Sr. Rivas Cherif, 12; D. Aurelio Mario Muñoz, 10; Sr. Núñez Juarros, 10; D. E. Gascuñana, 8; D. M. Sierra, 10; D. M. Izquierdo, 8; D. J. Botella, 20; D. Antonio Sagredo, 6; don Juan Bravo Frias, 18; Sr. López Reche, 4; D. J. Botella, 2; D. Ruperto Merino, 8; D. Santiago Carro, 4; don Mariano Román, 10; Sr. Marín Amat, 6; D. Juan Antonio Hernández, 6; D. Francisco Lázaro, 8; D. Emilio Folque, 8; D. Manuel Arredondo, 8; D. Ricardo Chamorro, 8; D. A. Catalina, 6; D. A. Castillo, 6; D. Emilio Rodríguez, 4; Sr. Moreno de Vega, 4; Sr. Benítez de Huelva, 4; un señor colegiado (firma ilegible), 10; D. Manuel Tapia, 8; D. Julio López, 8; D. Evaristo Vázquez, 2; Sr. Masip, 4; Sr. García Torices, 2; Sr. Luengo, 2; D. P. A. Lacasa, 4; D. F. Botín, 2; Sr. Pérez Grande, 2; Sr. Zamarriego, 2; Sr. Gómez Novella, 4; D. J. Margareto, 4; señor Camarena, 4; Sr. Huarte Mendicoa, 2; D. C. Granados, 2; Sr. Guaratiola, 2; Dr. Ríos, 2; D. Eduardo de Miguel, 2; D. F. Aguilar Estuy, 4; Dr. Retes, 2; D. Emilio Maestre, 2; D. Emilio Loza, 2; D. Félix Alonso, 2; Sr. Pérez Vázquez, 2; Sr. Camarena, 2; D. Julián Ratera, 2; don Enrique Cebrián, 4; D. Antonio Millán, 2; Dr. Planas, 2; D. Sixto Botella, 2; D. Juan Roig, 2; D. Enrique Lluria, 2; D. Vital Aza, 2; D. Ángel Gómez Jiménez, 2; D. Juan J. Carvajal, 2. Total, 510 pesetas.

Madrid, 15 de Septiembre de 1930. — El secretario interino, José Sanz Barrio.

\*\*\*

En reunión celebrada por los señores profesores del Colegio Príncipe de Asturias el día 6 de Octubre bajo la

presidencia de la Comisión directiva permanente del Patronato, para acordar los estudios y horas que han de regir durante el curso 1930 31, se ha acordado lo siguiente: Continuarán las enseñanzas habituales de instrucción primaria, de bachillerato elemental y de ambos bachilleratos universitarios en la sección de letras y ciencias.

Asimismo seguirán las enseñanzas de oficio mecánico e industriales dadas en el Colegio de Sarriá (Barcelona) en los talleres de los Padres Salesianos.

La Academia preparatoria para oposiciones de Cuerpos del Estado, Bancos y establecimientos particulares se ha completado con arreglo como la anterior al art. 7.º del decreto estatutario en la forma únicamente aprobada por la Junta permanente.

Los profesores, asignaturas y horas que cada uno tiene de clase, son: Señorita Margarita Fraise: 2.º y 3.º de francés (clase diaria de ocho y media a diez de la mañana).

D. Régulo Martínez: Literatura elemental. Deberes, Psicología, Lógica (diaria de nueve y media a once y media). Ejercicios, Ética y Literatura comparada (diaria de tres a cinco).

D. Santiago Ramos: Música (diaria de cinco y media a seis y media).

Señorita Arcadia González: Primera enseñanza e ingreso (diaria de nueve a doce y de tres a cuatro y media).

D. José Sánchez: Geografía e Historia Universal, Historia de la civilización, Geografía e Historia de España, Geografía Política y Económica, Terminología y Geografía e Historia de América (diaria de ocho y media a doce).

D. Fulgencio Hidalgo: Latín 1.º y 2.º Literatura Latina, Religión y Moral 1.º y 2.º (diaria de ocho y media a doce).

D. Santiago Astray: Geometría y Trigonometría, Química y Álgebra (diaria de diez a doce).

D. José Aliseda: Geología, Física, Aritmética y Álgebra, Agricultura, Nociones de Física y Química e Historia Natural (diaria de tres a cinco).

D. José Velázquez de Castro: Fisiología e Higiene (alternativa de tres a cuatro).

D. Juan Pérez: Caligrafía y Dibujo (diaria de cinco a seis).

Miss Nora Hollis: Inglés (alternativa de doce a una).

Señorita Blanca Ríaza: Francés 1.º, Curso especial de francés (diaria de diez a doce).

D. Isidro Herrero: Aritmética y Geometría del Magisterio y Academia especial (alternativa de nueve a once).

D. Juan Sisto: Contabilidad y Taquigrafía (diaria de ocho y media a diez).

D. Marcelino Pastor: Mecanografía, Gramática y Geografía (de tres a cinco, diaria).

D. Efrén Hermida: Pedagogía 1.º y 2.º e Historia de la Pedagogía (alternativa de tres a cinco).

Todos los profesores tienen los títulos académicos que les capacitan para la enseñanza.

## Movimiento médico de Barcelona.

(CRÓNICA SEMANAL)

### INSTITUTO MEDICO FARMACÉUTICO

Visualización radiológica por medio de sustancias radiopacas.—Dr. Bosch Solá.

Trata extensamente de la aplicación del lipiodol, que es el corrientemente empleado en la actualidad para las exploraciones radiológicas. Los procedimientos de introducción



son: vía traqueal, inyección intercricotiroidea, por medio del broncoscopio.

La vía traqueal es la más cómoda cuando el paciente la tolera. Es de difícil aplicación en los niños. La técnica es la corriente de las inyecciones traqueales con la jeringa de Rosenthal. Se anestesia la faringe y seguidamente la laringe; se introduce la jeringa bordeando con la punta de la cánula el borde derecho de la lengua hasta el límite de los pilares del paladar, y aquí se orienta hacia la línea media, procurando que cuando la curvatura de la cánula sea paralela a la curvatura de la lengua la punta esté situada en la línea media. Entonces se pide al enfermo que no respire, y en todo caso que inspire, y se aprovecha este momento para inyectar el lipiodol. Una vez inyectado se abstendrá el enfermo de toser, recomendándole inspiraciones profundas. La posición del paciente variará según la región que interese explorar: para las regiones bajas puede estar sentado e inclinado hacia el lado en que con preferencia debe ir el aceite opaco; si interesan las regiones medias o superiores, después de la inyección, el paciente tomará la posición de Trendelenburg, inclinandose igualmente hacia el lado que interese.

El procedimiento por vía intercricotiroidea es el de elección para los niños y adultos emotivos y de reflejo faringolaringeo exagerado. Se utiliza una cánula obtusa y le sirve de punta para introducirse el trocar, que sobresale 1 ó 1,5 milímetros y tiene la punta fina. La extremidad opuesta de esta cánula está provista de un dispositivo que permite fijarla al cuello por medio de una cinta o gasa. Se busca el espacio intercricotiroideo y por este espacio se introduce la cánula en el mismo sentido que se coloca la cánula de traqueotomía. Cuando se sospecha que se ha conseguido la luz traqueal se retira el trocar y se ausculta el orificio externo de la cánula, y cuando se comprueba la salida de aire se fija en el cuello y se inyecta el lipiodol después de haber inyectado una pequeña cantidad de líquido anestésico.

La introducción del lipiodol por medio del broncoscopio es el medio más seguro, pero también el más molesto. Después de la anestesia faringolaringea y la introducción del broncoscopio, con una jeringa, provista de una cánula más larga que ella, se inyecta el aceite y odado en las ramificaciones bronquiales de la región pulmonar que interese explorar.

La posición en que se ha de impresionar el film, depende de las exigencias de cada caso, pero es conveniente obtener una en bipedestación y en proyección postanterior. La impresión del film debe ser instantánea y con radiaciones más penetrantes que las radiografías ordinarias.

Accidentes que pueden hacer fracasar este método: tos seguida de la expulsión del lipiodol. La sensación de disnea desaparece rápidamente.

Cuando clínicamente se diagnostiquen dilataciones bronquiales y al examen radiológico directo, en proyección anterior, no son visibles, es necesario observar si están localizadas detrás de la sombra cardíaca, y eso se obtendrá haciendo proyecciones en las diferentes incidencias oblicuas y laterales.

Ha contribuido extraordinariamente al diagnóstico preciso de las bronquiectasias la broncografía por medios opacos, preferentemente el lipiodol. La imagen radiológica de las dilataciones bronquiales puede ser diferente, según los casos, de los que hace la siguiente división: bronquiectasias cilíndricas, dilataciones bronquiales moniliformes, dilataciones ampulares y dilataciones cavernosas aisladas. (Assmann.)

Las bronquiectasias cilíndricas presentan al roentgen film una imagen muy diferenciada de la peribronquitis. Se observa una dilatación de la luz de uno o varios bronquios,

las paredes de los cuales están engrosadas, muy opacos (opacidad debida a la fibrosis de las paredes), y paralelos cuando son examinados longitudinalmente y en forma circular vistos en sentido transversal. Generalmente hay congestiones, zonas de enfisema, y si están en la proximidad de la pleura puede haber adherencias. Si se exploran con lipiodol estas dilataciones bronquiales cilíndricas, dentro del dibujo del árbol bronquial, contrastan unas rayas muy anchas y densas con las ramificaciones que también están afectas; teniendo esta imagen el aspecto de dedo de guante.

El aspecto radiológico de las dilataciones moniliformes es igual que el anterior, pero en lugar de tener las paredes paralelas existen abultamientos escalonados.

Las dilataciones ampulares son las más frecuentes y pueden ser de tamaño variable, entre el de una nuez y el de una naranja. Se hallan agrupadas o esparcidas por los campos pulmonares y en número de una o más. Cuando es sola entra en el cuarto grupo de la clasificación. El aspecto radiológico varía, según esté llena o vacía de secreción. En el primer caso, la imagen es redonda y opaca si está completamente llena, y presentará un nivel si está medio llena, y por motivo de la localización el drenaje no se efectúa bien. Cuando están vacías se observan unas sombras anulares, de paredes semejantes a las imágenes cavitarias, que se presentan en la neumonía de Friedlander en el tercer período.

La dilatación cavernosa aislada tiene gran similitud con las cavernas tuberculosas. Al fin se observan, según el estado de repleción, grandes sombras ovales o redondas o espacios claros con o sin nivel de líquido.

\*\*\*

#### CIRCULO ODONTOLÓGICO DE CATALUÑA

*Complicaciones de la caries dentaria.*—Dr. R. Mateu Cebriá.

Puso de manifiesto la gran trascendencia, por su extensión y frecuencia, de las complicaciones propias de la caries dentaria, que desde un trastorno banal, pasando por la gradación de molestias, dolores, lesiones y perjuicios, pueden llegar a ocasionar la muerte; su factor etiológico, que es la caries abandonada a su evolución progresiva; la profilaxis, que comprende la profilaxis de la caries, la perfecta esterilización dentinal, el relleno de canales y la restauración dentaria; problemas todos de la máxima importancia y constante actualidad odontológica, irradiadas al campo de la Medicina por el estudio de las enfermedades de origen infeccioso focal. Las operaciones que han de ser efectuadas deben serlo con el máximo de rigor científico por el profesional, para lograr con y por ellas un mínimo de garantía en previsión de deplorables consecuencias, evitables con un sano criterio profesional que ya existe, pero es preciso orientar al público, que, desgraciadamente, se abandona a empirismos y sugerencias inexplicables, cuando no a intereses mal comprendidos.

\*\*\*

#### COLEGIO DE ESTOMATÓLOGOS Y ODONTÓLOGOS

*Relaciones entre las enfermedades de los ojos y de la boca.* Dr. Arruga.

Reseñó las múltiples y diversas enfermedades de los ojos, cuyas causas, algunos autores, con innegable razón, atribuyen a estados patológicos de la boca. Reconoció paladinamente la importancia que el odontólogo de nuestros días tiene, aceptando que en muchos casos es valiosísimo su concurso para de acuerdo con el oftalmólogo llegar a curar enfermedades de los ojos cuya causa era confusa.



*Complicaciones quirúrgicas de la muela del juicio.*—Profesor Dr. Joaquín Trías Pujol.

Presentó varios casos por él intervenidos y enumeró los accidentes a que puede dar lugar la erupción anormal de la llamada muela del juicio, algunos de los cuales puede terminar con un funesto desenlace. Estudió el concepto que este problema merece a los cirujanos de Europa y Norteamérica.

\*\*

#### ROTARY CLUB DE BARCELONA

*Lucha contra el cáncer.*—Dr. Carulla Riera.

Dió a conocer los esfuerzos que realizan las principales naciones del mundo para impedir el progreso de la enfermedad. Hizo una severa crítica del inhumano abandono en que se encuentran los cancerosos indigentes en nuestro país.

El vicepresidente del Club prometió al conferenciante toda la cooperación que esta Asociación pueda prestar en este triste problema de tan angustiosa solución.

\*\*

#### SOCIEDAD CATALANA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA

*La difteria sin membrana. Casos clínicos.*—Dr. Vila Abadal.

Leyó la historia clínica de una niña que padeció una amigdalitis aguda estreptocócica, presentándose también la parálisis del velo del paladar, y con una aplicación del suero diftérico sanó.

Opina el disertante que se trataba de un caso de difteria sin placas.

Lee otra historia clínica: tratase de un niño que padeció difteria, pero sin placas. Por amenaza de asfixia, se tuvo que recurrir a la traqueotomía y el niño curó.

Hace algunas consideraciones sobre estos dos ejemplos clínicos y dice que tratándose de casos de difteria sin membranas tan frecuentes, el práctico debe ver toda amigdalitis o amigdalitis diftérica con ciertas reservas.

El expositor aconseja el tratamiento específico: suero diftérico.

Hace notar que sólo recurre algunas veces al tratamiento por medio de las corrientes farádicas y a las inyecciones de estricnina.

F. WÜST BERDAGUER

Barcelona.

### SECCION OFICIAL

#### INSTRUCCIÓN PUBLICA Y BELLAS ARTES

*Servicio médicoescolar en la enseñanza pública.*

##### EXPOSICIÓN

Señor: Numerosas han sido las disposiciones que, con mayor o menor eficacia, han venido dictándose, a fin de ordenar la organización y régimen del servicio médicoescolar en la enseñanza pública, reconociéndose en cada una de ellas la importancia y urgencia de tal atención; pero lo cierto es que, a la fecha, cuestiones tan fundamentales como la de la especial preparación que a los médicos escolares ha de exigirse están aún sin resolver de un modo satisfactorio. Puede decirse que en Madrid y Barcelona ha quedado iniciada la organización con la provisión de diez plazas en esta corte y seis en Barcelona; pero es el caso que estos médicos escolares están en situaciones diferentes, según las circunstancias de sus nombramientos. Uno de ellos desempeñó el cargo en propiedad como vocal de la Junta local, con arreglo al Real decreto de 16 de Julio de 1911; fué confirmado

por el de 20 de Septiembre de 1913, fué propuesto con el núm. 1 en el concurso anunciado en virtud de éste y confirmado de nuevo por el Real decreto de 23 de Abril de 1915 como subinspector del Cuerpo, y habiendo cesado por reorganización de éste, cuando se le ha reintegrado en el cargo de médico escolar lo ha sido sólo con carácter interino.

También en aquél figura otro médico que perteneció al Cuerpo en las organizaciones de 1913 y 1915.

Tres de Madrid y cinco de Barcelona obtuvieron sus cargos en propiedad por oposición, y los cinco restantes de Madrid fueron nombrados por primera vez en 1928 con carácter interino, y uno de Barcelona en igual forma que en 1928.

En todas estas organizaciones, el servicio de que se trata dependía exclusivamente del Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes.

Mas ante la complejidad de la misión que al médico escolar incumbe, se ha creído que, al menos en sus bases generales, sería más práctico que marcharan de acuerdo el Ministerio de Instrucción pública y el de la Gobernación, que tienen a su cargo lo que a Sanidad se refiere, y aun el Ayuntamiento de Madrid, que siempre atendió con mayor o menor grado a la Inspección médicoescolar; por lo cual, con elementos de cada una de esas entidades está constituida la Comisión especial creada por Real orden de fecha 22 de Abril de 1930 (*Gaceta* de 1.º de Mayo) para el estudio y organización más eficaz del servicio, hasta hoy apenas iniciado en España.

Esta Junta, aplazando para su detenido examen la propuesta que se refiere a organización total del servicio, ha presentado la que se concreta sólo a fijar la situación legal del personal actualmente en ejercicio y las condiciones que deben exigirse a cuantos en adelante hayan de ser llamados por el Estado, por los Patronatos legalmente constituidos por las Escuelas de creación municipal o de carácter privado, anunciando la especial atención que merecerá el servicio médicoescolar en el medio rural, para el que habrá que aprovechar las aptitudes de los inspectores municipales de Sanidad.

En la reciente creación de Escuelas de Sanidad ve la Comisión la solución, en parte, del problema hoy planteado, desde el momento en que es un hecho innegable que muy estimables trabajos han sido llevados a término por el personal facultativo de que hoy se dispone, aunque parte de él no tenga la propiedad definitiva en sus cargos.

Y como tal base es perfectamente aprovechable, con las diferencias a que obligue la varia situación de los funcionarios, el ministro que suscribe, dejando la organización total definitiva del servicio médicoescolar para cuando cuente con medios económicos que permitan acometer el general de la Nación, cree llegado el momento de determinar las bases por las cuales se ha de obtener con carácter oficial la especial competencia que exige el título de médico escolar, fijar la situación de los actuales médicos escolares interinos y marcar la orientación conveniente para el futuro de este importante elemento de la vida escolar del país.

Por todo lo expuesto, el ministro que suscribe somete a la aprobación de V. M. el siguiente proyecto de Decreto.

Madrid, 28 de Septiembre de 1930.—Señor: A L. R. P. de V. M., *Elías Tormo y Monzo*.

##### REAL DECRETO NÚM. 2.120

Conformándome con las razones expuestas por el ministro de Instrucción pública y Bellas Artes,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º En lo sucesivo será preciso para obtener el





SI NECESITA DEL VALOR, EMPLEE

ANTIANAFILACTICO DE LA GLUCOSA

# CÉLBE

QUE LA PROPORCIONA EN ESTADO NATURAL CUAL ESTÁ EN LAS UVAS

ES UN ZUMO DE UVAS CONCENTRADO AL VACIO

precio 2'75

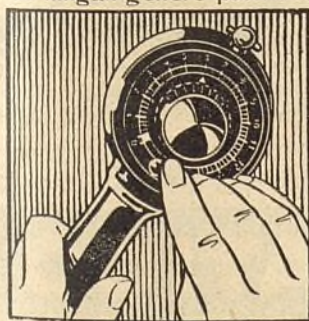
PACO RIBERA

Para informes y solicitud de muestras diríjanse a:  
**Explotación Agrícola de Villafranca del Castillo. — Paseo del Prado, 6. — MADRID**

## PHILIPS "Metalix"

EL DIAGNÓSTICO ROENTGEN, EL MÁS MODERNO AUXILIAR DEL MÉDICO PRÁCTICO!

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



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



Los señores Médicos pueden solicitarnos informe completo acerca del Equipo portátil de Rayos X "Metalix"

**PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.**

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



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.

### METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR PIERRE DELBET

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA  
DEL 5 DE JUNIO, 10 DE JULIO Y 13 DE NOVIEMBRE 1928.

## DELBIASE

(Comprimidos de sales halógenas de magnesio.)

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL  
POR HYPERMINERALIZACION  
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA  
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET  
CON EL CUAL HA HECHO Y PROSIGUE SUS EXPERIENCIAS

PRINCIPALES INDICACIONES :

TRASTORNOS DIGESTIVOS  
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS  
PRURITOS Y DERMATOSIS  
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES  
ASTENIA NERVIOSA  
TRASTORNOS CARDÍACOS  
POR HIPERVAGOTONIA  
LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO

**PROFILAXIA DEL CANCER**

DÓSIS : 2 ó 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua.

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, D<sup>r</sup> PH. CHAPPELLE  
1, RUE VIVIENNE, PARIS

Muestra y literatura :

A. SERRA PAMIES, Apartado 26, REUS (Tarragona).

## 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. ó 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<sup>o</sup>**  
67, Rue de la Victoire  
Paris

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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

## LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

## SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS  
GRATIS

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

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

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



## REMITIDO

## SUSPENSION DE LA ASAMBLEA EXTRAORDINARIA

Ajustado ya el número presente, en el momento de cerrarle, recibimos la nota que a continuación publicamos:

«Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad. Comité Ejecutivo.

Reunido el Comité Ejecutivo ha elevado al excelentísimo señor director general de Sanidad las siguientes peticiones:

1.<sup>a</sup> Que antes de la celebración de la Asamblea extraordinaria de representantes, se dicten las normas de aplicación del Real decreto de 2 de Agosto último, dando satisfacción a las aspiraciones de los médicos titulares con relación a las mismas.

2.<sup>a</sup> Que por la Dirección general de Sanidad se pida informe al Comité Ejecutivo en cuantas resoluciones afecten al Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

3.<sup>a</sup> Que antes de la Asamblea, sean restituidas a la Asociación las características de *nacional* y *oficial*, que ostentaba con anterioridad al Reglamento de 31 de Julio último, modificando el art. 1.<sup>o</sup> del nuevo Reglamento dándole la misma redacción del Reglamento antiguo y dejando sin efecto los artículos adicionales.

Las anteriores peticiones fueron favorablemente acogidas por la Dirección de Sanidad, condicionando la primera a que el Comité Ejecutivo elevase a la citada Dirección un proyecto de normas que condensasen las aspiraciones de los médicos titulares y la tercera a que se estableciera entre los distintos sectores de la Asociación y entre ésta y las demás Asociaciones de Médicos titulares una verdadera unión constituyendo una Asociación única y compacta, para cuya unión ofreció al Comité su valiosa intervención.

Habida cuenta de la labor de preparación de las normas citadas, de las gestiones que serán necesarias para la unión de las distintas Asociaciones y sectores y de la obligada ausencia del director general de Sanidad que debe concurrir a la reunión de la *Oficina Internacional de Higiene de París*, el Comité Ejecutivo, de acuerdo con la Dirección general de Sanidad, ha determinado aplazar la celebración de la Asamblea extraordinaria de representantes hasta el 17 de Noviembre.

Juzga el Comité Ejecutivo que, resueltos los dos importantes problemas planteados, ganará la Asamblea en eficiencia y serenidad, óptima compensación al acordado retraso.

El Comité Ejecutivo al hacer públicos los anteriores acuerdos se complace en consignar que tanto éstos como esta nota tienen la total aprobación de la Dirección general de Sanidad.

Madrid, 6 de Octubre de 1930.—*Pedro Arilla, Francisco Ayuso, Leandro González Soriano, José Quemada, Pelayo Martorell.*»

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

## Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,9; ídem *mínima*, 704,9; temperatura máxima, 29°,8; ídem *mínima*, 13°,2; vientos dominantes, NNE. y SO.

Continúan haciéndose más frecuentes, aunque sin aumentar en gravedad, los afectos agudos consecutivos a en-

nombramiento de médico escolar haber realizado y aprobado un curso de la especialidad, que se organizará de común acuerdo por la Escuela Superior del Magisterio, la Nacional de Sanidad y los elementos que sirven en propiedad plazas en el Cuerpo Médicoescolar, utilizando los organismos dependientes del Ministerio de Instrucción pública que tengan establecido servicio médico, como la Escuela de Anormales, la Modelo de Párvulos, Maternales, el Colegio de Sordomudos y Ciegos, etc.

Art. 2.<sup>o</sup> Se considerarán como médicos del Cuerpo actualmente a los médicos que obtuvieron sus cargos por oposición en Madrid y los cinco de Barcelona con fecha 25 de Septiembre de 1918.

Art. 3.<sup>o</sup> Asimismo es confirmado como médico escolar en propiedad el subinspector del Cuerpo nombrado en virtud de los Reales decretos de 1911, 1913 y 1915 y que hoy desempeña el cargo con carácter interino, con la antigüedad, a los efectos de escalafón, del día de la publicación de este Decreto.

Art. 4.<sup>o</sup> El médico escolar que desempeña hoy el cargo, en concepto también de interino, habiendo pertenecido en propiedad a la Inspección en los años 13 y 15, será confirmado, previa certificación de suficiencia expedida por los actuales médicos escolares de Madrid que obtuvieron su título en virtud de oposición. Los que desempeñan su cargo en virtud de concurso-oposición en la Escuela de Anormales de Madrid, quedarán afectos al Cuerpo médicoescolar.

Art. 5.<sup>o</sup> Los restantes médicos escolares interinos de Madrid y Barcelona podrán inscribirse en el primer curso que se organice con arreglo al art. 1.<sup>o</sup>, y, una vez obtenido el certificado correspondiente, serán confirmados en propiedad.

En tanto seguirán ocupando sus puestos interinamente.

Art. 6.<sup>o</sup> Los médicos que a la fecha vienen prestando por nombramiento de Real orden servicios profesionales en las Escuelas públicas, los médicos con certificado de la Escuela de Puericultura y aquellos que formaron parte en el concurso anunciado por Real decreto de 20 de Septiembre de 1913, tendrá derecho preferente a solicitar matrícula en el primer curso que se organice para la obtención del título de médico escolar y supuesta la probación de sus estudios, con aquéllos y con éstos se formará la primera relación de médicos escolares en expectación del servicio que en su día se les encomiende. Si no se acogiesen a lo ahora dispuesto, se entiende que renuncian a su cargo y a todos los derechos que pudieran alegar.

Art. 7.<sup>o</sup> Para la mayor eficacia del servicio médicoescolar y dentro de los recursos que en cada caso autoricen los Presupuestos en vigencia, se crearán, con la cooperación de los Municipios, Dispensarios médicoescolares en los cuales, por facultativos especializados, se atienda al tratamiento de los niños a quienes el médico escolar designe como caso de intervención. Estos especialistas podrán tener o no el título de médico escolar.

Art. 8.<sup>o</sup> El servicio médicoescolar en el medio rural se regirá por preceptos especiales que se establecerán en su día, aprovechando las aptitudes de los inspectores municipales de Sanidad.

Art. 9.<sup>o</sup> Por el Ministerio de Instrucción pública y Bellas Artes se dictarán las disposiciones necesarias para el cumplimiento de este Decreto y organización de los estudios que de común acuerdo con la Dirección general de Sanidad hayan de establecerse.

Dado en San Sebastián a 29 de Septiembre de 1930.—ALFONSO.—El ministro de Instrucción pública y Bellas Artes, *Elias Tormo y Monzó*. (Gaceta del 1.<sup>o</sup> de Octubre de 1930.)



friamientos y descuidos higiénicos en los cambios atmosféricos de estos días. Las infecciones y estados catarrales del tubo digestivo han disminuido, con excepción de los cólicos por ingestión de bebidas heladas en ciertos momentos de la digestión normal.

En los niños no se observa ninguna afección con carácter epidémico.

## CRONICAS

**Biblioteca de «El Siglo Médico»: Monografías.**—Esta Biblioteca, de gran interés práctico, acaba de publicar los siguientes volúmenes:

I. «Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas», por el Dr. Valdés Lambea.—II. «La demencia precoz», por el Dr. Vallejo Nágera.—III. «Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes», por el Dr. Javier María Tomé y Bona.—IV. «Los problemas clínicos de la úlcera del estómago», por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).—V. «La blenorragia aguda y su tratamiento», por el Dr. Angel Pulido Martín.—VI. «El médico rural ante las distocias más frecuentes», por el Dr. Vital Aza.—VII. «Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde», por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).—VIII. «La epilepsia», por el Dr. José María de Villaverde. EN PRENSA: IX. «El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea», por el Dr. García Vicente.—X. «Cartilla de D ontología médica», por el Dr. Carlos María Cortezo.

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

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

**De la «Gaceta».**—1.º de Octubre.—Real orden nombrando decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad Central a D. Obdulio Fernández y Rodríguez, catedrático numerario de referida Facultad y Universidad.

3 de Octubre.—Real decreto concediendo la Gran Cruz de la Real y Militar Orden de San Hermenegildo al inspector de Sanidad de la Armada D. José Ruiz de Valdivia y Molina.

—Real orden disponiendo que los bachilleres del plan antiguo que estén en posesión del título y hayan cursado y aprobado los estudios del Bachillerato en su Sección de Ciencias, podrán matricularse en el primer año de la carrera de Veterinaria.

**La parálisis infantil.**—Telegrafían de Nueva York al Times, de Londres, dando cuenta de haberse registrado diversos casos de parálisis infantil en algunos estados americanos, especialmente en Ohio, California y Connecticut.

**Nuevo Boletín.**—A nuestro poder ha llegado el número 1 del Boletín del Colegio Oficial de Matronas de Madrid y su provincia, cuyo sumario, como muestra, transcribimos a continuación:

«Nuestro Boletín.—Una charla con el excelentísimo señor director general de Sanidad, por A. R.—A las matronas de Madrid... y de toda España, por el Dr. García Durán.—La muerte del Dr. Parache.—El líquido amniótico y su importancia fisiológica.—¿Se crea el Cuerpo de Matronas municipales?, por el Dr. Francisco Haro García.—Lo que es y significa el Colegio oficial de Matronas, por Rosa Mora.—Constitución del Colegio oficial de Matronas.—Junta directiva del Colegio oficial de Madrid.—Salutación, ideario y programa, por Josefina Cobos.—Muy agradecidos.—Aitavoz, por Félix Herce.—Salutación al Colegio, por Africa Biencinto.—La maternidad en la Prisión de Mujeres, por Aurea Rubio.—De nuestra próxima Asamblea.—Convocatoria y Reglamento de la Federación Nacional de Colegios de Matronas.—Bibliografía.—Relación de señores tocólogos y ginecólogos con ejercicio en Madrid.»

Que sea bien venido y que no decaigan los entusiasmos de sus confeccionadoras es menester.

**Noticias.**—Ha cesado D. Salvador Celedonio Calata-

yud Costa en el cargo de médico radiólogo, inspector de los Servicios de Radiología de los Institutos Antituberculosos oficiales.

—Ha terminado brillantemente la carrera de médico el estudioso joven D. Enrique Díaz y Méndez, quien en fecha muy próxima abrirá una consulta en Toledo, donde habitualmente reside.

Nuestra enhorabuena al novel licenciado y a su distinguida familia.

—También ha terminado su carrera de médico después de excelentes ejercicios, nuestro corredactor de Prensa alemana D. Federico Peco.

—Ha sido nombrado miembro de la Liga Internacional contra el Reumatismo el Dr. Cirera Valtá, de Barcelona, autor de una interesante comunicación que se discutió durante el pasado Septiembre en el Congreso de Lieja.

—Para substituir al Dr. Casares Gil en el Decanato de la Facultad de Farmacia, ha sido designado el catedrático de la misma D. Obdulio Fernández y Rodríguez.

**El paludismo en La Habana.**—Según las últimas estadísticas publicadas por el Dr. Le Roy, en La Habana ha disminuido el paludismo, gracias a las acertadas medidas sanitarias, en tales términos, que en 1901 ocasionó un coeficiente de 59,84 defunciones por cada 100.000 habitantes, y en el pasado año descendió esta cifra a 1,42.

**Fundación Ehrlich.**—La viuda de Pablo Ehrlich, en memoria de este ilustre hombre de ciencia, ha instituido una Fundación con un capital de 85.000 marcos, cuyas rentas se aplicarán a premios para los autores de los trabajos más estimables relativos a la terapéutica experimental, a la quimioterapia, hematología, bacteriología clínica, inmunología, cáncer, etc. Además se ha creado la medalla de oro de Pablo Ehrlich para honrar a los descubridores de importancia en biología. La primera medalla ha sido otorgada al profesor Landsteiner, del Instituto Rockefeller, de Nueva York, por su descubrimiento de los grupos sanguíneos del hombre, de tan considerable importancia que ha abierto nuevos campos a la investigación científica.

**Vacantes.**—Fuenteovejuna y cinco anejos (Córdoba). 2.750 pesetas. 6 de Noviembre.

—Fuenteovejuna y cinco anejos (diferentes a los anteriores) (Córdoba). 2.750 pesetas. 6 de Noviembre.

—Olivenza (Badajoz). 2.750 pesetas. 6 de Noviembre.

—Daya Nueva y dos anejos (Alicante). 2.200 pesetas. 6 de Noviembre.

—Villanueva del Rosario (Málaga). 2.200 pesetas. 5 de Noviembre.

—Huete (Cuenca). 2.750 pesetas. 5 de Noviembre.

—Barbadillo del Pez y cuatro anejos (Burgos). 2.200 pesetas. 5 de Noviembre.

—Villoslada de Cameros (Logroño). 1.650 pesetas. 5 de Noviembre.

—Rus (Jaén). 2.750 pesetas. 5 de Noviembre.

—Valverde del Fresno (Cáceres). 2.200 pesetas. 5 de Noviembre.

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

### 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.

