

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 3 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador. }

Apartado de Correos, núm. 121.

La científica y profesional al Director..... }



La Gripe

se apodera actualmente de muchas personas. El Arcanol-Schering se ha comprobado de bonísima acción terapéutica por su efecto antiflogístico (Novatophan) y antiinfeccioso (ácido acetilsalicílico).

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.
APARTADO 479, MADRID

ARCANOL *Schering*

Tubos de 10 tabl.

80422008

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

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



Píldoras

del

Dr. Sejournet

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

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁵⁴ As¹⁴ P⁴ O⁷⁸)

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.



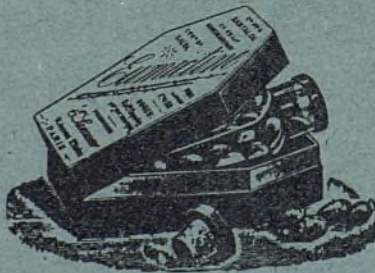
RHOMNOL

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; Metilarsinato de sosa, 0,025 gramos.

2 comprimidos al día.

Completamente asimilable.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.



el feto se encuentra a caballo, sin dejar de hacer tracción sobre la boca para que aparezca el mentón en la comisura posterior de la vulva; a continuación aparece la boca, la nariz, la frente y la cabeza. Al mismo tiempo se va elevando el tronco de forma que el dorso se pone vertical y acaba por ir a quedar descansando sobre el abdomen de la madre. Esta maniobra se debe hacer sin precipitación, porque se lesionarían sin necesidad las partes blandas de la madre; pero tampoco se debe proceder con lentitud excesiva porque en este período es inevitable la compresión del cordón entre la cabeza del feto y las partes blandas de la madre y el feto podría padecer por ello. Cuando la nariz ha aparecido en la vulva puede el niño respirar, y por este motivo es conveniente limpiar los orificios con una gasa de las mucosidades que pueda haber en ellos, y sacar la cabeza luego con toda tranquilidad; pero no hay que fiarse mucho de la posibilidad de respiración, porque generalmente se observa luego que los niños que han nacido de esta manera tardan en respirar y apenas si hacen algunos movimientos débiles para ello; otras veces nacen completamente en estado de muerte aparente.

Por eso no hay que apresurarse a seccionar el cordón, sino palparle y esperar a que se reanuden los latidos que se habían interrumpido a consecuencia de la compresión que el cordón sufrió en el momento de la expulsión de la cabeza. El feto, que generalmente está muy pálido en el momento de nacer, mejora de color cuando estos latidos se reanudan a consecuencia de la cantidad de sangre que, procedente de la placenta, penetra en su cuerpo, y, generalmente, los movimientos respiratorios se hacen más enérgicos y el grito también. Cuando nuevamente cesan los latidos, o cuando los movimientos respiratorios son suficientemente enérgicos para demostrar que no hay peligro de asfixia, se procederá a la ligadura. Si el feto se encuentra en estado de muerte aparente, y si los latidos no se reanudan o han vuelto a cesar, habrá que seccionar el cordón rápidamente y aplicar al feto toda clase de procedimientos de tratamiento de la muerte aparente para estimular su función respiratoria.



duración del parto y la compresión que sufre muy fácilmente el cordón contra las paredes de la pelvis, compresión que cuanto más se prolonga más peligrosa resulta. Por otra parte, cuando gran parte del cuerpo del feto se encuentra en contacto con el aire exterior, en tanto que la cabeza se encuentra todavía dentro, no es raro que la acción de aquél y el efecto de la temperatura determinen movimientos respiratorios prematuros y el feto inhala los líquidos que se encuentran en contacto con su boca y con su nariz. Terminado el parto, cuesta mucho trabajo hacer que el feto respire; unas veces no se logra, pero aunque se logre, se puede observar al cabo de pocos días que el niño padece una bronconeumonía de las llamadas por inhalación y que muere rápidamente de ella. También se encuentra en peligro el feto por la posibilidad de que la cabeza, al desprenderse para su expulsión, arrastre a la placenta y el deprendimiento prematuro de ésta. He aquí varios de los accidentes que ponen en peligro la vida del feto, pero es preciso citar otros que se pueden producir por la forma en que se haga la extracción y por las dificultades con que se tropiece para ella.

Por efecto de la extracción se producen a veces fracturas y luxaciones de los miembros, distensiones de los plexos nerviosos, con las correspondientes parálisis consecutivas, derrames sanguíneos superficiales y profundos, fracturas y hundimientos de los huesos del cráneo, luxaciones de las vértebras cervicales, desgarros del músculo esternocleidomastoideo, como consecuencia de los cuales quedan retracciones de este músculo que ocasionan un tortícolis mal llamado congénito que se puede prevenir, por lo menos de una manera parcial, haciendo durante unos días, a raíz del parto, amasamiento de la región del músculo en cuestión.

Entre las dificultades más importantes que se encuentran al hacer la extracción de que tratamos, es la retracción del cuello uterino alrededor del cuello del feto, que se produce en los casos en que se interviene prematuramente. En esta duda es preferible dejar morir al feto que tirar violentamente de él, cuando seguramente se desgarraría el

segmento inferior del útero. Conviene fijarse en los niños nacidos de nalgas si presentan lesiones y erosiones diversas a nivel de los labios y de la nariz a consecuencia de la presión que sufren en el período del parto. También se presenta con frecuencia en los fetos masculinos hinchazón de los testículos en los días inmediatos al nacimiento a consecuencia de los traumatismos a que casi inevitablemente se encuentran expuestos los órganos genitales. Contra estas últimas lesiones no es necesario proceder, pero contra las de cara sí, porque de lo contrario podrían fácilmente ser el origen de infecciones y abscesos.

La bolsa serosanguinolenta se encuentra en las presentaciones de nalga en la nalga anterior y en las partes del feto más inmediatas a dicha nalga. En cuanto a la cabeza también tiene deformidades, pero éstas son más bien la consecuencia de la presión que ha ejercido el útero sobre la cabeza durante el embarazo que de la presión que sufre dicho cráneo en el momento del parto. Es frecuente la dolicocefalia, o sea aquella forma de la cabeza en que los diámetros anteroposteriores son desproporcionadamente grandes en relación con los transversales. La razón de esta deformidad está en que el útero hace presión sobre la bóveda del cráneo, y al deprimirla hace aumentar los diámetros anteroposteriores sin que la dimensión de los transversales disminuya.

Las deformidades que se originan de esta suerte son ligeras y se reducen a la bóveda del cráneo. Es excepcional que se extiendan también a la base, y este caso no basta para aplicarlas la presión que la pared del útero ejerció sobre la bóveda, es preciso que hubiera una insuficiente cantidad de líquido amniótico, o que por la posición especial de la cabeza quedara ésta comprimida entre el útero y uno de los hombros, y que a consecuencia de esta contrapresión se deformaran la base del cráneo y la cara, pudiendo ser importantísimas las deformaciones que ocasione en el maxilar inferior.

La actitud del tocólogo en los partos de nalgas debe ser diferente, según que se trate de la presentación completa o

medio hasta llegar al codo del feto y formando con los dedos como una férula al húmero se le coge y se le hace descender de modo que el antebrazo pase rozando la cara del feto.

Logrado esto, se busca el otro brazo, tarea que suele resultar bastante fácil, y se le hace descender de la misma forma. Una vez extraídos los brazos queda una parte importantísima para terminar el parto, que es la expulsión de la cabeza. Si esta cabeza es pequeña, puede hacerse la expulsión espontáneamente y de una manera bastante rápida; pero en la mayoría de los casos es imprescindible la intervención, sea para dirigir tal expulsión, sea para realizarla por completo. Para ello se suele recurrir a la maniobra de Mauriceau. Por tanto, se adapta la cara anterior de un antebrazo a la cara anterior del tronco del feto, de forma que si éste está orientado hacia la izquierda de la madre, o sea hacia la derecha del tocólogo, se empleará el antebrazo derecho, y si en sentido contrario, el antebrazo izquierdo. En caso de que tenga el dorso hacia arriba se aplicará el antebrazo derecho.

Los miembros inferiores del feto se colocarán como a caballo sobre el antebrazo que va a hacer la maniobra. La mano de ese antebrazo penetra en la vagina y va a la busca de la boca del feto, que se encuentra hacia una u otra sínfisis sacroilíaca, pero no en la línea media, y los dedos índice y medio se introducen en dicha boca. Al mismo tiempo se aplican a la nuca del feto los dedos índice y medio de la mano opuesta, haciendo con ellos una especie de horquilla que rodea los lados del cuello. Si la cabeza se encuentra en la excavación de la pelvis se hace primero un movimiento de flexión aproximando el mentón al esternón y llevándole al mismo tiempo hacia la línea media posterior para terminar la rotación interna de la cabeza. Se hace entonces una tracción simultánea con las dos manos para que la cabeza descienda todo lo que sea posible y la parte inferior del occipital venga a colocarse detrás de la sínfisis del pubis.

Llegada la cabeza a esta posición se desprende el feto de la manera siguiente: basta elevar el antebrazo sobre el que

Hémostyl

Del Dr.

Anemias

ROUSSEL

Hemorragias

SUERO HEMOPOIETICO FRESCO DE CABALLO

Frascos-ampollas
de 10^{cc} de Suero puro

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

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

Maestras, Literatura

97 rue de Vaugirard, PARIS



Efetolína 0,005
Dionina 0,005
Cafeína 0,05
Dimetilaminofenazona 0,15
Fenacetina 0,1

Antipirético
nalgésico
ntineurálgico

Preferentemente ha dado resultados
en el tratamiento de las

enfermedades a frigore
y gripe, estados febriles,
cefalalgias, neuralgias.

Envase de bolsillo de 10 tabletas,
frascos de 50 tabletas.

Muestras y literatura:

PRODUCTOS QUÍMICO-FARMACÉUTICOS, S. A.
Apartado 724 BARCELONA

E. MERCK DARMSTADT

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales
para la Exportación :
LECZINSKI & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

En España : Sr. Juan MARTÍN, Calle de Alcalá, 6, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmacéutico, Las Palmas.



**¡CONTRA
EL DOLOR!**

nervioso, reumáti-
co, cefálea, neurál-
gico, regla dolorosa,
dolor tabético, den-
tario nervioso, dolor
canceroso, raquialgia
meningítica y post-
anestésica, dolor post-
partum y post-abortum.

ACONSEJAD

**CEREBRINO
MANDRI**

Producto de fabricación nacional que
desde el año 1894 ha llevado su fama
siempre en aumento, llegando a ser con-
siderado como una especialidad de primer
orden consagrada por médicos y públi-
co, 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 anelgé-
sicas y antirreumáticas se logra obte-
ner grandes resultados terapéuticos con
una mínima cantidad de medicamento.



Preparado esta especialidad farmacéutica por el
Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri
en su Laboratorio, Princesa 100, Barcelona

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

8-XI 1930

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

Laennec y la semiología del aparato respiratorio ⁽¹⁾

POR EL

PROF. DR. IRENEU MALAGUETA
(De Río de Janeiro).

En la segunda edición de su libro refiere que uno o dos médicos dan preferencia a la auscultación inmediata, fundándose en las siguientes razones:

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

UROTROPINA SCHERING

1.º Evita la incomodidad de cargar consigo un instrumento.

2.º Se perciben más sonidos al mismo tiempo.

3.º Es más fácil aplicar el oído que mantener el estetoscopio apoyado en el pecho del paciente.

Es interesante notar la influencia del descubrimiento sobre el autor. Regnault, con mucha agudeza, observa que Laennec, como Piorry con el plexímetro, pensaba que la mayor contribución en su obra debíase justamente al aparato inventado. De ahí la defensa calurosa que de él hizo contra los propagadores del método de la auscultación inmediata.

Y es por eso que dice:

1.º Es difícil adaptar el oído en ciertas partes del pecho donde se encuentran más frecuentemente señales valiosas.

2.º En la segunda edición falta el segundo argumento que, entretanto, fué escrito y debe haber sido uno de los

Sedal
Merck
Analgésico
Antipirético

grandes motivos por el cual este proceso no le era simpático: es el obstáculo originado en las mujeres por las mamas y más que esto, por el pudor.

3.º Es más cansado para el enfermo.

4.º La contracción de los propios

músculos del observador y la aproximación de la cabeza con la ropa del enfermo.

Urosolvina: eficaz antiúrico.

mo, producen ruidos extraños que perturban la buena audición.

5.º La posición del médico le con gestiona la cabeza y le torna el oído más obtuso.

6.º Ciertos signos sólo se pueden conocer a través del estetoscopio, como la pectoriloquia perfecta.

Hoy la cuestión está juzgada: ambos métodos tienen aplicación dependiendo del caso. Sirve el estetoscopio para localizar los ruidos y para sorprenderlos, en las regiones en que no se puede usar el oído.

2.º *Auscultación mediata.* — Comienza Laennec enseñando cómo se debe usar el estetoscopio y cuál es la posición que debe asumir el enfermo.

Después de tratar los resultados que se pueden obtener, dice: «Los signos dados por la auscultación mediata, en las molestias de los pulmones y de la pleura, son sacados de las variaciones

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

del ruido respiratorio, de la resonancia en el pecho, de la voz y de la tos y de algunos otros ruidos accidentales que se pueden revelar en esta cavidad.»

Auscultación de la respiración. — Acontece, algunas veces, que individuos perfectamente sanos, presentan el rumor espiratorio muy débil o casi nulo. Comúnmente, en estos casos, la debilidad del ruido corre pareja con el esfuerzo hecho por el individuo.

En otros casos—continúa Laennec—parece al enfermo que lo que se le pide es una cosa extraordinaria; y ahí está dilatando el pecho con toda la fuerza de sus músculos, o haciendo inspiraciones seguidas, mas sin espirar; de ahí que nada se oye.

Es en estos casos que se debe hacer toser al individuo. Esta regla encuentra pleno apoyo en nuestros días.

El ruido respiratorio. — Establecidos

Lactofitina: reconstituyente infantil

estos preliminares, Laennec prosigue: «El ruido de la respiración presenta ca-

racteres diferentes en el tejido pulmonar y en la laringe, tráquea y grandes troncos bronquiales.»

A) *Ruido respiratorio pulmonar:* (hoy acostumbramos llamarlo: murmullo respiratorio, murmullo vesicular) y en la inspiración y experimentación: «un murmullo delicado, más claramente distinto, que indica entrada del aire en el tejido pulmonar y su expulsión de allí». (Laennec.)

Lo compara al murmullo de un fuelle, la válvula del cual no hiciese nin-

TREPONEMOL SÍFILIS

gún ruido o al de un hombre que durante un sueño profundo y tranquilo ejecutase una amplia inspiración. «Tal susurro es notado más o menos en la misma forma en todos los puntos del pecho, especialmente en aquellos en que los pulmones están más próximos a la superficie de la piel, esto es, en las partes anterosuperiores, laterales y posteroinferiores.»

Trata de algunas precauciones, entre las cuales una merece ser siempre citada: evitar que los enfermos contraigan los músculos. «El murmullo de la respiración es tanto más sonoro cuanto más rápido.»

Estudiando las variaciones de la intensidad del murmullo, se imputan a la influencia de la edad. En los niños la respiración es muy sonora y menos ruidosa; se nota asimismo a través de las ropas espesas y múltiples.

Se marca principalmente en la inspiración.

En el individuo adulto, la intensidad varía enormemente. Se puede decir que,

STROPHANTUM — PALLARÉS —

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

tal como la voz, cada individuo tiene un murmullo respiratorio más o menos propio. A veces hay individuos que conservan en la vejez un murmullo muy sonoro, parecido al del niño. Es lo que Laennec bautizó con la denominación de *respiración pueril*.

Dado el tipo especial que le pertenece, se conserva inmutable, por más fuerte que respire.

En ciertos casos patológicos, sin que

(1) Véase el número anterior.

el enfermo procure respirar más fuertemente, se puede presentar la respiración pueril: así cuando una porción

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

notable de un pulmón no funciona, la otra toma el carácter pueril (respiración vicariante, suplementar de hoy).

Atribuye la mayor intensidad de la respiración de los niños a su mayor necesidad de oxígeno y de ahí la inspiración en ellos es más completa que en el adulto.

Nota que la respiración más ruidosa que se conoce con el oído lejos, no por eso es más intensa cuando se adapta al tórax. «Es que ese ruido se origina en las fosas nasales y en el fondo de la boca.»

Y concluye: «Cuando se percibe nítidamente y con fuerza más o menos igual la respiración en todos los puntos del pecho, podemos afirmar que no hay

“MALTOPOL”

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

ni derrame en las pleuras ni ingurgitación de cualquier naturaleza en el tejido pulmonar.»

La sonoridad normal equivale a la percusión.

B) *Ruido respiratorio bronquial*. — Designaré con este nombre, o, para abreviar, con el de *respiración bronquial*, el rumor que la inspiración y la espiración producen en la laringe o en la porción cervical de la tráquea y en los grandes troncos de los bronquios localizados en la raíz del pulmón. «Ído en la laringe o en la tráquea, nótese que no presenta la delicada crepitación que acompaña a la distensión de las células aéreas; es, de cierto modo, más seco y

Kelatox: Sedante atóxico.

se verifica que el aire atraviesa un espacio vacío y bastante amplio.

Este ruido se oye todavía pero menos distintamente en el esternón y en la región interescapulovertebral, principalmente en el ángulo superinterno del omoplato, sobre todo en las personas magras.

En las demás regiones, este rumor es sobrepujado por el murmullo respiratorio y sofocado por el tejido pulmonar, poco propicio a la conducción del sonido. La agudez de la observación no se detiene ahí; va adelante; pero cuando el tejido pulmonar está endurecido o condensado por una causa cualquiera, como un derrame pleurítico, una ingurgitación pneumónica o hemoptoica in-

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico. BALDACCI - PISA

tensa, el murmullo desaparecido o disminuido de modo notable, se oye con frecuencia nítidamente la respiración bronquial, no sólo en las grandes ramas

de los bronquios sino también en las ramas de diámetro bastante pequeño. Y esto, porque desaparecido el murmullo, el pulmón, tornándose más denso, conduce mejor el sonido.

Laennec todavía perfecciona más el análisis y describe: La *respiración cavernosa*, en la cual se siente evidentemente que el aire penetra en cavidad más vasta que la de las ramas bronquiales. Es la respiración sopante (respiración soufflante), esto es, lo que más adelante denomina «soplo». Entre la respiración bronquial o cavernosa hay

ESTRENIMIENTO

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

apenas diferencia de timbre. Acontece, dice Laennec, que cuando el enfermo respira repentinamente y de modo irregular, intermitente, que en la inspiración el aire parece ser aspirado del oído del observador, y en la espiración, da la idea de que le sopla en el oído. O como explica más adelante, parece que el enfermo inspira el aire del oído del observador y que rechaza el mismo aire en la espiración. La sensación de titilación y la del frío o del calor que la columna del aire debería determinar, faltan; la del movimiento, por lo contrario, es bastante acentuada.

A veces el soplo representa una mo-

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

dificación, a la que Laennec llama *soplo velado*. Parece que cada vibración de tos, de la voz o de la respiración, agita una especie de velo interpuesto entre una excavación pulmonar y el oído del observador.

(Continuará.)

ELIXIR BERTRAN

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

A mi nieto Adolfo Borrachero de Cáceres, para que los recite en su cumpleaños.

Yo nací el cinco de Octubre en el año veintitrés; son siete años, como ves, los que mi existencia cubre.

Yo me he saltado de un brinco cada año, a más de un bisieto, con su día, que no resto, trescientos sesenta y cinco.

Multiplicad y veréis que cuenta mi edad pueril día tras día, dos mil quinientos cincuenta y seis.

Buena cifra y larga puga da mi vida, comparada con la misera y menguada

de un microbio o de una oruga. Yo no quisiera decir, por modestia, aunque es verdad,

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

que a mis siete años de edad sé contar, leer y escribir.

Pero he pensado, señores, estudiar mucho, y pretendo ir las ciencias aprendiendo de los más sabios autores.

Y ya que aquí viene a pelo, si lo queréis escuchar, un cuento os voy a contar que me refirió mi abuelo.

Si tenéis gusto y paciencia no interrumpáis mi relato, pues de demostraros trato todo el valor de la ciencia.

Eran dos niños hermanos y, a más de hermanos, gemelos,

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

con semejantes anhelos y con propósitos sanos.

Se distinguieron después por los nombres que tenían, a los cuales respondían, uno Carlos y otro Andrés.

Su buen padre proyectaba educarlos con cautela, y aprendieron en la escuela cuanto en ella se enseñaba.

Pero al querer entrenarlos en estudios superiores, rehuyó Andrés tales honores y a estudiar se apostó Carlos.

Muerto el padre, se apropiaron de su hacienda cada cual, adquiriendo por igual los terrenos que heredaron.

CARABAÑA: el mejor purgante.

Andrés optó por la holganza, se aficionó a la ruleta y esclavo de la peseta vendió fincas y labranza.

Los centros a que asistía eran tugurios del vicio, con cuyo insano ejercicio su salud se resentía.

Esto tuvo por secuela olvidar, como era llano, cuanto en unión de su hermano aprendió yendo a la escuela.

En huelgas trasnochadoras derrochó su patrimonio, y como inculto bolonio se embriagaba a todas horas.

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

Aunque pretendió casarse no encontró con quién, y airado, de moral degenerado, hasta pensó en suicidarse.

SIGUE A LA PAGINA XVI

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 ESTOMAGAL SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.




Emulsión Scott

Empleada y recomendada por el Cuerpo Médico del mundo entero.

El valor terapéutico de la Emulsión Scott.

La Emulsión Scott presenta todas las propiedades medicinales del aceite de hígado de bacalao, de la Glicerina y de los Hipofosfitos de cal y de sosa.

En las enfermedades de depauperación, raquitismo, escrófula, anemia y similares la Emulsión SCOTT provee una nutrición esencial bajo una forma agradable y de fácil digestión.



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, pídalos directamente al agente en Madrid.

EL MEJOR RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Opocalcium

del dr. guersant

Muestras y Literatura: Miguel SOLER
Diputación, número 239.— BARCELONA

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA

NÉO-RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable



44 % de yodo

En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

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

Lenta y duradera

POR LA

RIODINE

Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.

Compuesto químicamente
definido y estable

(C₁₅H₃₃O₃)₃ (1H)₂ C₃H₅

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^a) (Francia).
Sucursal en España: 129, calle del Bruch. — BARCELONA



LA NATURALEZA

dotó a las uvas de un
conjunto armónico de
elementos biológicos que
contiene inalterados y
concentrados el zumo.

CEBE



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: ¿Debe emplearse la proteinoterapia en el tratamiento de la poliomielitis aguda?, por Manuel Algora Nieto.—Notas médicas de la Argentina, por el Dr. Prof. Victor Delfino.—Ideas actuales sobre la patogenia y tratamiento hidromineral de la gota, por Cecilia García de Cosa.—Servicios de Fimatología del Dr. Valdés Lambea: Hospital Militar de Madrid-Carabanchel: Cien casos personales de frenicectomía.—Bibliografías.—Periódicos médicos.

¿Debe emplearse la proteinoterapia en el tratamiento de la poliomielitis aguda?

POR

MANUEL ALGORA NIETO

Inspector municipal de Sanidad.

Löwy dice que el efecto de la sangría se parece mucho al de los cuerpos proteínicos, como si el organismo humano reaccionara siempre de un modo igual o semejante contra la alteración de las condiciones fisiológicas de la sangre.

Luthlen supone que la repetida extracción de sangre produce un efecto parecido al de las inyecciones de suero, por lo que está justificada la readopción de la antigua terapéutica de la sangría.

Esta alteración de las condiciones fisiológicas de la sangre parece ser el secreto de toda la terapéutica del choque.

La práctica de la sangría ha resistido al tiempo. Se emplea desde la más remota antigüedad. La escuela de Cos la preconizaba, y la de Cuido la proscribía.

Hayem ha estudiado la reparación de la sangre después de practicada la sangría. La serosidad linfática, los líquidos que circulan en los intersticios de nuestros órganos vuelven a entrar activamente en circulación y reparan de este modo rápidamente, pero menos rápidamente de lo que se creía antes al suero. La fibrina presenta modificaciones de cantidad muy variable; en la sangre se encuentran peptonas en abundancia. (Arsonval.) Primero disminuyen los glóbulos rojos, y esta disminución va acentuándose todavía durante algunos días. Recobran poco a poco su cifra normal, cuando los hematoblastos que Hayem considera como hematíes en vías de formación, han presentado durante algunos días un aumento considerable en número y volumen (crisis hematoblástica). De ordinario el número de leucocitos no varía; crece cuando la sangría se repite varias veces.

Todo lo que viene del tubo digestivo o de los diversos tejidos pasa por la criba antes de penetrar en

la sangre; todo lo que deja este medio es filtrado igualmente, y es así como se mantiene la uniformidad de las reparticiones y el equilibrio de las funciones.

Pero cuando una perturbación cualquiera viene a comprometer la armonía, permitiendo deslizarse allí ciertas materias que normalmente no tienen acceso en el plasma sanguíneo, se debe esperar a que una reacción correctiva venga a purgar el líquido circulante de estos productos que le son extraños y que hubieran debido quedar como tales.

Esta reacción correctiva puede, en ciertas condiciones y entre ciertos límites, mostrarse curativa de muchos estados de inestabilidad hemática.

Es en este sentido práctico en el que trata de abrirse paso el esfuerzo terapéutico actual.

Por *proteinoterapia* se entiende una terapéutica resumida en el efecto no específico de los cuerpos albuminoideos administrados por vía parentérica, es decir, introducidos en el organismo por inyección sin intervención del tubo digestivo.

Uno de los efectos más constantes de la administración parentérica de proteína es la *fiebre*, y se observan alteraciones de la sangre que pueden ser de naturaleza morfológica, química y serológica.

Conocido esto hay que preguntarse con Widal: «si las modificaciones repentinas provocadas en el equilibrio del plasma, por las inyecciones heterogéneas, no podían ejercer una influencia favorable sobre la evolución de ciertas enfermedades, realizando en ellas una especie de crisis anticipada».

Según Starkenstein, el favorable efecto que ejercen los preparados argénticos coloidales en el descenso de la temperatura después de los escalofríos y aumento de fiebre, no tiene nada que ver con el efecto quimioterápico específico, puesto que lo mismo se puede conseguir por medio del núcleohexil; más bien podemos suponer un efecto fundamental y común de todos estos preparados igual en toda la proteinoterapia por la proteína de los mismos.

Starkenstein apoyó su hipótesis del efecto fundamental común mediante investigaciones especiales en

la oftalmía del conejo producida por el aceite de mostaza, y respecto de sus efectos inflamatorios estudió los cuerpos químicos, que suelen, por sus efectos, parecerse a los cuerpos proteínicos.

El efecto antiflogístico se observó con los siguientes preparados: quinina, aceites etéreos, sales de calcio, salicilatos, antipirina, morfina, sulfato de magnesio, adrenalina, ácido salicílico, almidón, azul de metileno, argocromo, suero, plasma, gelatina y leche. La solución de cloruro de sodio al 3 por 100 y el agua destilada produjeron un efecto antiflogístico más intenso que el suero fisiológico.

Englander fué el primero que informó sobre los éxitos del empleo de infusiones de cloruro de sodio en el tifus abdominal. Holler prefiere en la práctica la proteinoterapia; pero estudia igualmente el cloruro de sodio, señalando el sumo interés biológico de este sencillísimo electrolito que, sin embargo, es capaz de producir tan hondos desequilibrios osmóticos. Hutinel encontró que la reacción producida por el cloruro de sodio al 0,7 por 100 se parece extraordinariamente a la que se consigue con la tuberculina.

En 1900, Fochier comunicó que la inyección subcutánea de aceite de trementina producía un efecto muy favorable en la fiebre puerperal formando un absceso de fijación. No hace mucho, Klingruiller empleó estas mismas inyecciones en el tratamiento de inflamaciones y focos de supuración.

La pioterapia o tratamiento por el pus, especialmente preparado, se inició en Francia aplicándolo a los animales con heridas purulentas.

La pioterapia forma también parte de la proteinoterapia, sobre todo si se obtiene el pus mediante inyección subcutánea de aceite de trementina (autopio-terapia). El pus aséptico produce el mismo efecto que la emulsión de pus. Tan sólo el modo de obtener el pus aséptico asegura un efecto terapéutico muy parecido, genéticamente, al de la proteinoterapia.

Después de estos experimentos resulta lícita la inclusión de la *quimioterapia* en la proteinoterapia, y lo mismo podemos decir respecto a la trementina, el agua destilada, la sangría, etc. En los métodos de tratamiento terapéutico que estamos hablando, se efectúa una absorción de albúmina de desintegración del propio organismo.

Y a pesar de tratarse de una albúmina propia produce en el organismo el efecto de una albúmina extraña e influye en el metabolismo de un modo parecido al de las albúminas extrañas procedentes de otra especie.

Los metales coloidales son los agentes antiinfecciosos más poderosos y los más seguros actualmente conocidos (fuera de los casos de infección en que existe un suero específico comprobado—difteria—), y que convendrá emplearlos sistemáticamente en toda infección cualquiera que sea su naturaleza y localización, por poco grave, rebelde o complicada que sea. (Martinet.)

Los principios de la ciencia de la inmunidad habían adquirido carácter terapéutico, de modo que nos

hubimos de preguntar si tales o cuales métodos curativos específicos, como, por ejemplo, los de la tuberculina, de las isovacunas y de toda la seroterapia son real y exclusivamente específicos o si contienen una cuota no específica, más o menos importante, y si en sus efectos biológicos pueden acaso hasta substituirse por elementos no específicos.

No se puede negar el mérito de R. Schmidt, quien demostró al introducir en ella la leche sin grasa como principal medio proteinoterápico la utilidad práctica de esta terapéutica, señalando notoriamente su carácter no específico de modo que en el amplio concepto de la proteinoterapia cupieran, total o siquiera parcialmente, diferentes ramas de los métodos, tan sólo en apariencia específicos (vacunas y seroterapia).

Compendiemos la historia de esta nueva orientación terapéutica.

Durante los primeros años de la guerra la atención general se enfocaba preferentemente en el tratamiento de las enfermedades infecciosas y en la terapéutica de las vacunas, tal como la estableciera Wright. Según hemos dicho, entonces se vió que muchos fenómenos de esta terapéutica vacunal ya no coincidían con las ideas fundamentales de su fundador, y al propio tiempo se recordaba las comunicaciones de precedentes autores desdenados en su época.

Así, por ejemplo, Mattes notó, en 1894, que la deteroalbumosa podía determinar la reacción de la tuberculina; Rumff, en 1893, logró influir en el tifus mediante vacunas pioceánicas; V. Pirquet observó que el suero ordinario de caballo, administrado por vía parentérica, es capaz de producir particularísimas reacciones en el organismo humano; V. Wagner hizo el sensacional descubrimiento de que la parálisis se puede tratar eficazmente con la tuberculina.

En estos últimos años, Kraus experimentó con las colivacunas en septicemias y tifus; Lüdke y otros observaron efectos favorables en el tratamiento del tifus con preparados proteínicos no específicos. En 1911, Renaud hizo un importantísimo experimento con su vacuna antitífica específica que también influía favorablemente en infecciones locales de clases muy diversas.

No es necesario exponer los numerosos fenómenos de esta índole que desde entonces se vienen sucediendo con gran abundancia en demostración de la no especificidad de las vacunas y sueros.

Bacterioproteínas.—Pertenecen a este grupo todas las albúminas procedentes de bacterias.

Esta terapéutica, expuesta por vez primera por algunos de los trabajos ya citados, y especialmente por los de Renaud, se empleó mayormente durante la guerra. V. Müller, Ludke, V. Czvhlarz y otros refieren sus experiencias con las heterovacunas en el tifus. No sólo emplean colibacilos, sino también estafilococos, bacilos pioceánicos, vibriones cólicos, bacilos disintéricos, gonococos, etc. Hay multitud de importantes informes de autores que emplearon vacunas diferentes.

Galambo inyectó una vacuna hecha de colibaci-

los, gonococos y estafilococos. En ninguno de los casos refractarios a la vacuna de Besredka observó diferencia alguna con cualquiera otra vacuna.

V. Decastello y Luksch señalaron también la completa equivalencia de todas las vacunas.

Por lo tanto, quedaba demostrado el feliz éxito de la heterobacterioterapia en el tifus.

Kraus indujo a algunos médicos argentinos a emplear sus colivacunas en las septicemias y obtuvieron buen éxito.

Werner comunicó igualmente unos cuantos ensayos por el estilo, haciendo constar la eficacia de las colivacunas en la septicemia, y el mismo efecto observaron Bloch, V. Szilv y Schiller en la erisipela.

Fussati fué el primero que practicó la aplicación intravenosa de bacilos muertos y de extracto por lisis.

V. Wagner observó considerables remisiones y paros en el transcurso de la psicosis después de la administración de vacunas de estafilococos.

Pasemos a tratar de varios sueros curativos y sueros polivalentes empleados de un modo no específico.

Bettinger empleó con éxito en la gripe el suero antidiftérico, mientras que V. de Velden administró, además, los sueros estreptocócicos y neumocócicos.

Kaznelson observó el sorprendente efecto del suero antidiftérico específico en las anginas ulcerosas producidas por algún coco.

Kovarsik consiguió la rápida curación de la púrpura con suero antiestreptocócico.

Suero propio.—Spiethoff sobresalió, entre otros investigadores, en la adopción de este sistema. Sus experimentos realizados en 1912 completaron el tratamiento por el suero ajeno. Quiso y pudo demostrar el autor que se obtienen los mismos resultados con el suero ajeno que con el propio del enfermo, y, según otros autores, darían mejor resultado los sueros o proteínas extraños.

Sangre propia.—En el año 47 de nuestra era mencionó Skribanius el empleo de sangre propia. También la veterinaria alemana del siglo XVIII conocía este método curativo.

El efecto de la sangre propia suele ser idéntico o muy parecido al del suero propio y aun al del ajeno.

Praetorius empleó en el péñigo maligno la inyección endovenosa de sangre. Ravaut, teniendo en cuenta la dificultad de la asepsia, recomendó el empleo subcutáneo. Buen éxito lograron igualmente Vidal, Abram y Brissaud.

Suero extraño.—A esta categoría pertenecen los sueros normales (*sueros vacíos*), entre los que por más asequible tiene especial importancia el de caballo.

Años hacía que se conjeturaba que el efecto terapéutico atribuido generalmente a los anticuerpos específicos de muchos sueros curativos, proviene, siquiera en parte, del efecto del suero extraño vacío. Esta opinión ha sido corroborada una vez más por las con-

cienzadas investigaciones objetivas de Bingel sobre el tratamiento de la difteria con suero equino ordinario. Dicho autor comprobó que en unos mil casos de difteria no se registraron diferencias dignas de mención entre los éxitos logrados con suero antidiftérico antitóxico y los obtenidos con suero equino corriente. Sin embargo, las cifras fueron más favorables a este último suero. Antes de Bingel había tratado V. S. Trumpell buen número de casos empleando alternativamente inyecciones de suero curativo e inyecciones de suero fisiológico, sin observar diferencia esencial en los efectos.

La cuestión de la especificidad del suero antidiftérico suscitó vivísimas discusiones en la prensa médica, sin que, según parece, se hayan puesto todavía de acuerdo ambos bandos.

Suero de convalecientes y sueros febriles.—De puramente específica califican sus defensores la terapéutica que usa estos sueros. Sin embargo, los experimentos relativos a los componentes no específicos de los sueros, etc., demuestran que pertenecen a la *proteínoterapia no específica*. (M. Zschiesche.)

Leche.—La terapéutica láctea fué inaugurada en el año 1916 simultánea e independientemente por R. Schmidt y por Saxe; desde entonces viene constituyendo la principal forma de terapéutica proteínica. La mayoría de los clínicos utilizan hoy la leche aséptica desgrasada. Las dosis actualmente adoptadas son de 2 a 6 c. c. de leche cada veinticuatro a cuarenta y ocho horas en casos agudos, aumentando o disminuyendo según la reacción, y dosis algo menores y más distanciadas en los casos crónicos.

El campo de indicación de la proteínoterapia lo constituyen enfermedades infecciosas (tifus, disentería, cólera, fiebre petequial, escarlatina, viruela, tétanos, malaria, gripe, neumonía, pleuresía, complicaciones gonorreicas, septicemia puerperal y erisipela, donde se obtienen brillantes resultados), anemia, hemofilia, clorosis, inflamaciones articulares, neuralgias, neuritis y algunas enfermedades de la piel.

Contraindican su empleo la insuficiencia cardíaca y las enfermedades que la favorecen (neumonía), enfermos del hígado, riñones, hemorragias, irregularidad del pulso, delirio.

Paltauf previene fundadamente contra la aplicación por vía endovenosa, por el riesgo de colapso.

Resumiendo, diremos que: En el mismo sentido de las proteínas obran de un modo mediatamente diferentes sustancias orgánicas e inorgánicas no albuminoides, así como algunos preparados orgánicos, la sangría, el absceso de fijación, etc.

Tanto monta administrar al organismo un cuerpo proteínico como favorecer en el organismo un foco donde se efectúe la reabsorción de la albúmina desintegrada del mismo cuerpo.

El primero que confirmó los éxitos del suero de convaleciente en el tratamiento de la poliomieltis fué A. Zingler, durante la epidemia de Nueva York, en 1916.

El suero de convalecientes, según L. Pancaro, que

lo ha ensayado en más de 500 casos de poliomielitis aguda, dice que es el único medio por el cual puede esperarse: 1.º, mínima mortalidad; 2.º, número limitadísimo de parálisis; 3.º, ausencia de parálisis completa.

El suero ha de aplicarse en el *periodo preparalítico*, pues después no reporta ninguna ventaja.

La parálisis se comprueba después de dos a cuatro días del comienzo de la enfermedad.

El principio de la enfermedad es brusco, se presenta fiebre y dolor de cabeza. Un síntoma de gran importancia diagnóstica es la rigidez de la nuca y de la espina dorsal. Si se intenta hacer flexionar al pequeño la cabeza, se presenta dolor, y si se le ordena o se le sienta en la cama, busca mantenerse en tal posición, sosteniéndose con los brazos.

El suero se debe administrar por vía *intramuscular*, porque se ha observado que es mejor que la endovenosa.

La dosis es generalmente de 30 c. c. en una o dos veces (quince cada vez).

Cuando no exista vacuna o suero eficaz contra el germen causal debemos emplear la *proteínoterapia* (no específica), en espera de poseer la vacuna o suero curativo que no tenemos aún a mano o también para reforzar el efecto de la medicación específica por medio de una medicación no específica aun cuando útil.

Alcalá de Guadaira, Octubre 1930.

Bibliografía.

- Arnazán: Manual de Terapéutica.
Astier: Formulario 1928.
Martinet: Terapéutica clínica.
Pancaro (L.): EL SIGLO MEDICO, 2 Noviembre 1929.
Zschiesche (M.): Manual de Terapéutica proteínica.

NOTAS MEDICAS DE LA ARGENTINA⁽¹⁾

POR EL

DOCTOR PROFESOR VÍCTOR DELFINO

M. S. A.; S. M. P. (de Buenos Aires).

Académico correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Madrid y Barcelona etc.

I. ¿En qué sitio se debe vacunar?—II. Los progresos de la eugénica.—III. La sulfoterapia y sus aplicaciones.—IV. Medidas contra el tracoma.—V. Campaña profiláctica.

I. Los adelantos de la Medicina y de la Cirugía no sólo han contemplado problemas mayores, que en veces también, cuando así lo ha requerido el espíritu de la época o las costumbres, se han preocupado de otras pequeñas cosas, las cuales no por pequeñas dejan de ser interesantes.

Ultimamente en París, con motivo de la vacunación, se ha suscitado una cuestión interesante, planteándose el problema del sitio en que deben efectuarse las escarificaciones para la vacunación antivariólica. Conocemos,

por haberlas visto a menudo, a veces contrastando con la tersura inmaculada de otras partes, de un brazo hermoso, o poniendo feos lunares sobre los sedenos marfiles de los miembros, esas repulsivas cicatrices de las escarificaciones por las cuales, en la infancia de las hermosas portadoras, se ha introducido el virus vaccínifero. Contra esta práctica ha empezado una reacción favorable a raíz de haberse rehusado un médico a vacunar en el muslo, cual hubiera sido el deseo de las mamás, a las pupilas de una escuela pública de París. Apelado que hubieron de tal resolución, la Administración dió la razón al médico de la escuela, fundada en que él es responsable de la operación que practica y que, por lo tanto, tiene el derecho de elegir el sitio en que opera.

Planteada en estos términos la cuestión, el Dr. Jules Regnault, ex profesor de Anatomía en la Escuela de Medicina Naval de Toulon (Francia), ha analizado el caso comentándolo en una crónica pintoresca publicada en el *Journal des Praticiens*, de París (número del 8 de Febrero de 1930).

Estima el profesor Regnault que ya es mucho que se haya impuesto con carácter obligatorio la vacunación, para ahora dar en la demasia de «tatuar obligatoriamente» en los brazos, estampando en ellos como otrora, la villana marca de fuego en los forzados de las galeras, la indeleble escarificación de la vacuna. Desde hace más de veinte años, el Dr. Regnault ha empezado a vacunar en el muslo, lo que está absolutamente exento de inconvenientes en los adultos, habiéndolo hecho en los gemelos en los lactantes, no sin arrepentirse más tarde de esta práctica, al haber visto inscritas en las piernas de los jóvenes las cicatrices de la vacuna.

Ahora bien; para evitar los inconvenientes que el sitio de la vacunación puede traer para el vacunado, por las infecciones secundarias que de ello pueden seguirse, e inspirándose en la lectura de una novela fantástica del capitán Driant, el Dr. Regnault no vacunó desde entonces sino en el hueco axilar, método que presentaría grandes ventajas por ser fácil de establecer entonces un apósito curativo, colocando en el sitio de la vacuna una gasa esterilizada o una capa de algodón que mantienen las ropas, sin que sea necesario aplicar una banda, efectuándose, por este hecho en el lactante, la inoculación antivariólica en un lugar al abrigo de las suciedades, de los choques y aun de las presiones ejercidas por las manos de la madre o de la nodriza.

Si bien es cierto que la Administración, en el caso de marras, no ha querido intervenir en una cuestión de técnica, dejando en este caso cierta responsabilidad de sus actos al funcionario profesional, no lo es menos que a las madres les asistían todas las razones del mundo para oponerse a que los brazos de sus hijas fueran tan feamente tatuados con las cicatrices de la vacuna, lo cual es de tener particularmente en cuenta hoy en día, en que nada se trata de ocultar, y acaso también porque hogaño le está reservado un gran porvenir al nudismo. Pero, como observa pintorescamente el Dr. Regnault, las madres no tenían toda la razón cuando pretendían que a sus hijas se les vacunara en el muslo, puesto que esta parte puede presentar todavía diversos inconvenientes y es demasiado visible en ciertos casos y en ciertas playas. Termina sentenciosamente el maestro de Toulon con estas palabras: «Si j'étais juge je renverrais tout ce monde dos à dos et j'ajouterais: Prenez mon «ours»; ne vaccinez et ne vous laissez vacciner que dans l'aisselle».

II. La eugenística, a pesar de los numerosos obstáculos

(1) Colaboración para EL SIGLO MEDICO.

Para
T O D O S
niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA
„CIBA“

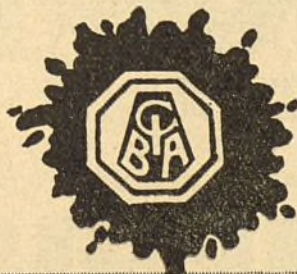
Tónico cardíaco y respiratorio

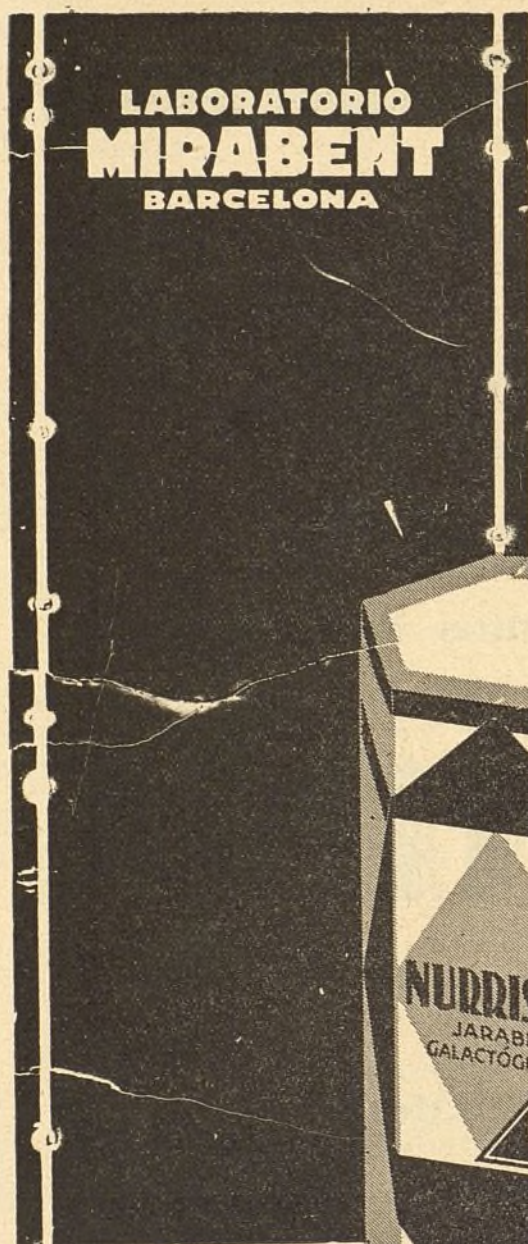
En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO
E F I C A Z

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





MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD. **JUNGKEN** MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Ayuntamiento de Madrid

los que
ellos de
su marc
de las e
los Gobi
ciones

El
represen
Confere
Lima, a
blea Na
Código
social, p
al matri
al bien
racial.

Dich
va impo
monio,
la higie
rantizac
de prev
generac
y de las
da y co

Modi
Código
«Los va
sentará
el que
caracte
médico
en la I
anterio

Los
«4.º
la parti
comune
«5.º
contrae
al juez
este ar

En e
de pres
trayen
o a los
esta ley
El
matrim
cado m
pidiere
boas».

Por
médico
fiscal a
médico
III.
donado
quistac
muto a
las afe
viosas,
el fárr
para t
anemi
Cor

los que encuentra en su camino, derivados los más de ellos de la fuerza de la tradición y de los prejuicios, sigue su marcha triunfante, arrollando las dificultades allí donde las encuentra e imponiéndose a la consideración de los Gobiernos y de las autoridades sanitarias de las naciones.

El Dr. G. H. Lewis, distinguido médico panameño, representante de su Cámara y ex delegado a la séptima Conferencia Sanitaria Pan Americana, verificada en Lima, acaba de someter a la consideración de la Asamblea Nacional de Panamá un proyecto de reforma del Código civil de su país, de positiva importancia médico-social, porque en él el autor se ha preocupado de rodear al matrimonio de las garantías sanitarias indispensables al bienestar de las futuras generaciones y al progreso racial.

Dicho proyecto, que constituye una reforma de positiva importancia biológico-social de la ley civil del matrimonio, contempla uno de los más importantes puntos de la higiene racial, como es la sanidad de los cónyuges, garantizada por el examen medicoprenupcial, única manera de prevenir, en gran parte, a los vástagos de las futuras generaciones del terrible azote de las herencias morbosas y de las infecciones congénitas, con las cuales, desgraciada y comúnmente, se las suele confundir.

Modifícanse con tal motivo los artículos 92 y 98 del Código civil. En el inciso 3.º del art. 98 se expresa que: «Los varones que hubieren de contraer matrimonio presentarán, además, previamente al juez, un certificado en el que conste que no sufren enfermedad contagiosa de carácter grave, certificado que debe ser expedido por un médico legalmente autorizado para ejercer su profesión en la República de Panamá, dentro de los quince días anteriores a la fecha del matrimonio».

Los demás incisos rezan como sigue:

«4.º Si los interesados no pudieran presentar al juez la partida de nacimiento, bastará suplirla por los medios comunes de prueba.»

«5.º Cuando se trate de la solicitud de licencia para contraer matrimonio religioso, el interesado presentará al juez competente el certificado médico que se indica en este artículo.»

En el art. 3.º se expresa: «Exceptúase de la obligación de presentar el certificado médico mencionado a los contrayentes que celebren matrimonio «in articulo mortis», o a los ayuntamientos preexistentes a la expedición de esta ley».

El art. 4.º dice: «El juez o secretario que celebre un matrimonio sin que se le presente previamente el certificado médico aludido y el facultativo que a sabiendas expidiere un certificado falso, pagarán la multa de 500 balboas».

Por último, el art. 5.º expresa que: «Los certificados médicos a que se refiere esta ley no causarán derecho fiscal alguno y serán expedidos gratuitamente por los médicos oficiales».

III. El azufre, que por algún tiempo había sido abandonado en la práctica terapéutica, parece haber reconquistado sus derechos, en estos momentos en que el bismuto amenaza desalojar al mercurio en el tratamiento de las afecciones específicas, y sobre todo en las formas nerviosas, y la opoterapia esplénica ha dado de barato con el farrago de los medicamentos—casi siempre anodinos—, para tratar los síndromes anémicos, y particularmente la anemia perniciosa.

Conocemos, desde hace tiempo, por habérnoslo comu-

nicado su propio autor, los hermosos resultados alcanzados en el tratamiento del reumatismo articular agudo por el malogrado profesor Massalonga de Padua, med ante el empleo, en inyecciones, del azufre coloidal.

Pero esta práctica, sea por la vía, que era la endovenosa, aunque muy activa, exponía a choes más menos graves, sea porque no se había difundido lo suficiente entonces el tratamiento, ello es que el azufre coloidal (colobiasa y otras formas, dejése de lado. Ahora parece haber alcanzado este tratamiento cierta actualidad en Italia, con motivo de su empleo en el Hospital de Medigliana, por el Dr. Corso Piancastelli, quien acaba de publicar en el interesante *Boletín de Actualidades Inmuno quemo opoterapicas*, que edita el Instituto Sueroterápico Milanés, con el título de «Terapia», una serie interesante de casos de reumatismo articular agudo, que habrían beneficiado notablemente con el empleo de la sulfoterapia, medicación que tiene la ventaja de abreviar mucho el curso de la enfermedad y de evitar los póstumos viscerales, que son siempre de temer en ella.

La medicación ha sido siempre bien tolerada sin manifestarse efectos reactivos dignos de ser notados, habiendo sido, por lo común, suficientes de dos a tres inyecciones para alcanzar la apirexia y hacer que cesara todo sintoma doloroso. Sólo en un caso, a causa de la excesiva hipersensibilidad del paciente, el autor vióse obligado a recurrir, para evitar el dolor, a un par de inyecciones de morfina.

En conclusión, de las observaciones del Dr. Piancastelli parece evidente que le está reservado a la sulfoterapia un porvenir bastante halagüeño, no solo como medicación eficaz en el tratamiento del reumatismo crónico, sino también en el reumatismo agudo, según resulta de los susodichos trabajos; conviniendo, en todo caso, ensayar siempre este tratamiento, que puede interrumpirse en cualquier momento, si resultare ineficaz, para emprender eventualmente el clásico a base de los compuestos salicilados o de la sueroterapia antiestreptocócica, asociada o no a otros tratamientos tópicos o generales.

IV. Preocupa intensamente a nuestras autoridades sanitarias y a los médicos en general el problema del tracoma, morbo difundido en algunas partes del país, adonde existen focos endémicos; y aun no lejos de la capital, como en Berisse, localidad que dista menos de 100 kilómetros de Buenos Aires. En algunas provincias, como en Santiago del Estero, quizás por especiales condiciones de medio, o por otras circunstancias cuyo papel etiológico ignoramos, el tracoma amenaza a poblaciones enteras. Para evitar la difusión del mal, se ha constituido hace tiempo una Liga contra el Tracoma en el Norte argentino, presidida por el benemérito Dr. Antenor Alvarez, uno de los médicos que más se han ocupado de nuestra patología regional y de los que más han hecho en beneficio de nuestras instituciones sanitarias. Se recuerda con elogio su acción frente a la extinguida Comisión de Asilos y Hospitales Regionales, en la cual fué uno de los más eficaces colaboradores del ilustre e inolvidable Dr. Cabred, que fué todo un profesor de energía, un abnegado pionner de nuestra redención sanitaria y un caballero sin tacha.

En la última reunión de la Liga contra el Tracoma, en el Norte argentino, se resolvió la instalación de consultorios y curatorios escolares, a fin de dispensar a los niños afectos de la conjuntivitis infecciosa los cuidados que reclaman. Por su parte, el Dr. Alvarez informó acerca de las actividades de la Liga.

V. *Nuevos sanatorios para tuberculosos.*—El Departamento

mento Ejecutivo de la Municipalidad de Buenos Aires ha sometido a la aprobación del Consejo deliberante un proyecto de ordenanza sobre construcción y organización de dos nuevos establecimientos para el tratamiento y la profilaxis de la tuberculosis. Tales establecimientos tendrían el carácter de sanatorios populares, uno para hombres y otro para mujeres, este último con una pequeña sección destinada a niños y con una capacidad para 1.000 camas cada uno.

Según los cálculos hechos por las oficinas técnicas, cada sanatorio costaría 5 millones de pesos, moneda nacional, o sea, aproximadamente, 50 millones de francos. La superficie de terreno necesaria sería de 30.900 metros cuadrados por cada sanatorio, y se necesitarían 5 millones de pesos para la adquisición de los terrenos, que la Intendencia expresa convendría estuviesen situados en parajes cuya cota sea superior a 35.

Cuando se piensa que en Buenos Aires no más existen por lo menos 15.000 tuberculosos, y hay apenas unas 2.000 camas adonde alojarlos, se echa de ver la necesidad de estas nuevas obras de profilaxis y tratamiento de la tuberculosis, tanto más interesantes cuanto que en ellas se contempla al niño tuberculoso, que hasta aquí ha carecido en el país de institución alguna en que tratarse por el hecho de que en los sanatorios oficiales, por razones reglamentarias, no se le admite.

Proyecto de creación de una Oficina Municipal de Higiene Social destinada a controlar la situación sanitaria del Municipio de Buenos Aires.—El 23 de Julio último, el intendente municipal de Buenos Aires envió al Consejo deliberante un proyecto de ordenanza, por el cual se crea un establecimiento denominado «Oficina Municipal de Higiene Social». Según el proyecto aludido, el nuevo organismo estaría afectado a desempeñar las siguientes funciones:

Recoger y tener al día una documentación de lo más completa posible, sobre la situación sanitaria e higiénica de la municipalidad de la capital federal.

Centralizar y poner a disposición de los Poderes públicos, municipales, nacionales y provinciales, del Cuerpo médico, de los higienistas y del público, todos los documentos propios y todos los datos relativos a la higiene, a las enfermedades sociales y a su profilaxis.

Efectuar en todas las parroquias de la capital una propaganda continua y metódica entre el público, para hacerle conocer las medidas de higiene y profilaxis necesarias para la conservación de la salud y de lucha contra las enfermedades sociales y la preservación de la raza.

Asegurar las relaciones entre las obras y las instituciones públicas y las obras privadas de asistencia, a fin de coordinar todos los esfuerzos para la mejor protección de la salud pública.

La nueva Oficina dependerá del Departamento Ejecutivo de la Municipalidad de Buenos Aires y bajo su control será manejada por el director que designe la Intendencia y una Comisión presidida por el director de la Asistencia Pública e integrada, en carácter de miembros natos, por el profesor de Higiene de la Facultad de Medicina, un miembro delegado del Departamento Nacional de Higiene y otros cuatro miembros, de los cuales dos serán nombrados por el Consejo deliberante entre una lista de diez personas competentes en materia de higiene social, y los otros dos, uno como delegado del Sindicato de Médicos de la República Argentina.

Tal Comisión organizará el funcionamiento de la Ofi-

cina Municipal de Higiene Social y aconsejará en adelante las mejoras que pudieran serle introducidas, pudiendo, además, subdividirse en subcomisiones que estudien los distintos temas principales de la higiene social.

Los fondos con que habrá de costearse esta nueva Oficina serán proporcionados por la partida correspondiente del Presupuesto municipal.

Los fundamentos de la resolución con que la Intendencia acompaña su proyecto, contemplan el peligro social que comportan la tuberculosis, la sífilis, la mortalidad infantil y el cáncer, expresando, finalmente, que «si la buena conducción de un solo establecimiento hospitalario exige un director, con mayor razón los resultados de la acción social del personal de los dispensarios de lactantes, de tuberculosis, antivenéreos, la lucha contra el cáncer, contra los accidentes del trabajo, etc., necesita ser encauzada en normas que instituirá el organismo técnico eficiente en las materias de que la higiene social trata y cuyo proyecto acompaña».

Un aspecto de los más interesantes de este proyecto es el relativo a la transformación de las maternidades de los hospitales municipales, Rawson, Alvear, Pirovano Piñero, Durand, Salaberry, Fernández, Alvarez y Argerich, en institutos de maternidad, con el propósito de combatir contra la alarmante disminución del índice de natalidad en la ciudad de Buenos Aires, que hasta hace poco fue uno de los más elevados del mundo, y el de rebajar las cifras de mortalidad mediante la más decidida y amplia protección a la madre y al hijo, cualquiera que sea su condición.

De acuerdo con el decreto, el personal de las maternidades pasa a ser el de los institutos, y sus actuales jefes, que figurarán como directores, pasarán a depender de la Asistencia Pública.

El funcionamiento técnico de estos institutos será independiente de la Dirección y de la Administración de los respectivos hospitales en que se hallen instalados, así como la entrada y salida de sus asiladas, que además será por puerta reservada, a fin de amparar su especial estado. Los consultorios externos ocuparán un lugar en el mismo pabellón, como igualmente tendrán asiento en el pabellón destinado al director, las oficinas y consultorios de guardias obstétricas y asistencia maternal a domicilio, ya existente, y el servicio de eugenesia que se crea con todos los elementos de lucha. Además, cada instituto estará provisto de un laboratorio bioquímico completo.

En el instituto, se dictarán cursos completos de perfeccionamiento en época propicia en el año, a los médicos y parteras de la parroquia que deseen completar sus conocimientos, sin perjuicio de los que la Facultad de Medicina desee para los estudiantes.

El servicio de eugénica organizará la asistencia social en el instituto, a fin de extender su acción hasta los hogares y propender a la realización de todas las creaciones de esa índole que lo hagan lo más eficaz posible en el sentido social.

Edificio del Laboratorio Bacteriológico en el puerto del Rosario.—Rosario de Santa Fe, la segunda en importancia de la República, por su puerto, por el que sale más del 70 por 100 de nuestra producción agrícola, y, por tanto, por razones obvias, foco endémico de peste, va a tener en breve su laboratorio bacteriológico, completamente inestimable de la campaña desratizadora permanente que se realiza en dicho puerto. Con tal efecto, va a invertirse la suma de 500.000 \$ moneda nacional, votada por el Congreso Nacional.

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

POR

CECILIA GARCÍA DE COSA

IX

Factores coadyuvantes a la medicación hidrológica.

Los factores coadyuvantes de la cura hidromineral son (135): por una parte, el régimen dietético de que ya hemos hablado; por otra, el clima, el reposo, el masaje, las aplicaciones eléctricas, el género de vida, etc., etc.

a) *Climatoterapia*.—Hablaemos aquí del clima que conviene a los gotosos. Es un factor el climático que tiene gran importancia para estos enfermos en general, pero sobre todo para aquel gotoso acomodado que puede trasladarse a vivir definitivamente a sitios en que los factores climáticos, aire, luz, presión atmosférica, humedad, lluvias, vientos, etc., le sean favorables; pero es de poca importancia en el tratamiento de enfermos que por las circunstancias de su vida no puedan trasladarse a estos sitios elegidos, o sólo les permitan sus medios pasar temporadas, casi siempre cortas, en balnearios donde, suponiendo que reunieran estas buenas condiciones climáticas, que no es frecuente, porque no están acertadamente elegidos, en la mayoría de los casos, es además imposible un beneficio digno de tenerse en cuenta por los escasos días que se van a someter a él.

Que el organismo responde rápidamente a las variaciones de presión, por ejemplo, aumentando el número de glóbulos rojos en las grandes ascensiones, es verdad; pero no es menos cierto también que bruscamente vuelve a la normalidad una vez que ha cesado esta influencia extraña.

Un buen balneario hay en España por su altura, que es Corconte, que por estar a 1.000 metros de altitud podría considerarse como un buen sanatorio climático para estos enfermos con trastorno de la nutrición (136).

Sin embargo, los enfermos de gota, como los demás que en general acuden al balneario a hacer su cura hidromineral, se encuentran notablemente beneficiados con el factor climático, a pesar del poco tiempo que de él disfrutan, si tenemos en cuenta que gozan de un aire más puro por estar más cargado de ozono, la mayoría de las veces, y de rayos luminosos mucho más abundantes (137); siendo en los cronicismos donde mejor se aprecian sus efectos (138).

Los gotosos requieren un clima seco (139), pues ya vimos al hablar de la distribución geográfica de la gota los efectos perjudiciales de la humedad, mayores aún que los de las bajas temperaturas; por ello se evitarán las proximidades de ríos y bosques y el habitar países brumosos.

Los gotosos con lesiones renales y buen hígado soportan mejor un clima templado o caliente, pues la defensa del organismo contra el calor es disminuir las oxidaciones y aumentar la trasudación, con lo que disminuye el trabajo renal y aumenta el hepático.

Un clima ideal para el tratamiento de los gotosos es, pues, aquel que no sufra variaciones bruscas de temperatura; las cercanías del mar, aumentando la presión, favorecen las oxidaciones (140), y es por ello y por las buenas

condiciones de instalación y la inmejorable cura crenoterápica que puede hacerse dada la calidad y abundancia de sus aguas, por lo que Mondariz es una de las estaciones climáticas y crenoterápicas más indicada para este tipo de enfermos.

b) *Fisioterapia*.—El masaje discreto durante el ataque agudo ha de ser muy suave, si tenemos en cuenta la extraordinaria sensibilidad del gotoso. Más adelante, un masaje bien reglado favorecerá el trabajo muscular y se hará descansar en sus funciones al músculo cardíaco y a los pulmones.

El movimiento es entonces provechoso para los gotosos, sobre todo si han desaparecido los fenómenos dolorosos, y puede practicarse de muy distintas formas, bien paseando, montando a caballo, cazando, etc., siendo curioso observar que cuanto más se intensifican estos movimientos, más raros se hacen los accesos agudos.

No olvidemos que un masaje demasiado intenso puede provocar dicho acceso (141).

Por el contrario, ya dijimos que la vida sedentaria y los excesos intelectuales y sexuales favorecen su aparición, y una vez que este acceso se presenta, es imposible imponer esta terapéutica, porque ningún enfermo podría seguirla dados los insufribles dolores que padecen.

Desde luego, el movimiento, cuando ha pasado el ataque agudo, es muy útil; pero siempre que sea bien reglado y con prudencia, pues también el ejercicio violento puede contribuir al desarrollo del ataque.

Este ejercicio gimnástico actúa desde luego favoreciendo el recambio nutritivo, por activar la circulación, con lo que se contribuye a la mejor eliminación del ácido úrico retenido en los tejidos, según se ha comprobado al estudiar el metabolismo (Gudzent). Disminuye, además, la hipersensibilidad, aunque no se explica aún el porqué.

Es muy conveniente asociar al masaje y movilización las duchas calientes y baños locales medicamentosos, baños de vapor, termorresinosos o de lodos radioactivos.

El reposo es espontáneo; cuando existe un ataque el enfermo inmoviliza su articulación; pero cuando el dolor haya pasado, el descanso deja de ser útil, y se dispondrá un ejercicio discreto que, evitando la inacción, evite también la atrofia y la anquilosis.

A esta cura fisioterápica contribuye la ducha en sus distintas formas de que luego hablaremos, el baño, el amasamiento, paseos, etc.

El gotoso visceral cuidará de no estar inactivo, pues ello contribuirá a detener más aún de lo que están los cambios metabólicos y la eliminación de los productos catabólicos.

c) *Termoterapia*.—También podríamos hablar como dependencia de la fisioterapia, de la termoterapia o tratamiento por el calor.

La acción del aire caliente es importante por su sedación, pudiéndose emplear en forma de baño local en cajas Bier, en estufas calentadas con resistencia eléctrica o en duchas por medio de la pistola eléctrica.

El empleo de la ducha tiene varias ventajas: de una parte, que, como el calor que se proyecta es seco, se resisten temperaturas más elevadas, 70°, 80° y hasta más, aunque la integridad cutánea no resistiría mayores de 40° a 41° sin presentar ligeras modificaciones; de otro lado, la proyección del aire seco determina una beneficiosa sudación, que se evapora a la vez que actúa la pistola produciéndolo, cosa que no ocurre con el calor húmedo en las cajas Bier y estufas Tallermann.

(1) Véase el número anterior.

Ordinariamente no se mide con exactitud la temperatura a que sale el aire de la pistola eléctrica, y sólo las sensaciones del enfermo sirven para graduar la cantidad y temperatura del aire que se proyecta. Se actuará durante unos quince días a sesión diaria, que durará unos veinte minutos, procurando proteger bien la articulación enferma después de la sesión para evitar un enfriamiento contraproducente. También puede seguirse la técnica de dar dos sesiones diarias de diez minutos cada una.

En la gota los resultados son bastante buenos, pues mejoran los movimientos articulares, las contracturas se atenúan, disminuye el dolor y se absorben bastante rápidamente los exudados que existieran.

Es importante también el baño de luz local de Dowsing, irradiación de lámparas especiales que dan poca luz y mucho calor, que con ciertas disposiciones puede elevarse la temperatura hasta 110°, 120° y 150°.

El baño de luz con lámparas de incandescencia Miramond de la Roquette, adaptables a todas las formas de corriente, dan menos calor, pero una luminosidad que permite obtener resultados análogos a una insolación local.

d) *Tratamiento eléctrico de la gota.*—Las modalidades eléctricas de la terapéutica de la gota son dos: de un lado, las corrientes de alta frecuencia, y de otro, la gimnasia eléctrica, según el método de Bergonié (142).

Las corrientes de alta frecuencia han ejercido una gran influencia en el metabolismo nitrogenado. De cómo actúa esta corriente aún no se sabe con certeza, pero parece que se debe su acción a influencias tróficas directas.

En cuanto a la gimnasia generalizada pasiva de Bergonié, se ha observado que tiene cierta importancia por mejorar el estado general, sedar el dolor y hacer desaparecer con el insomnio algunos trastornos psíquicos del enfermo.

Si el gotoso padece constipación intestinal, serán útiles las galvanizaciones abdominales, evitándose así la autointoxicación, como también es de muy buenos resultados el baño estático cuando hay neurastenia, trastornos psíquicos o insomnio pertinaz.

Si se trata de hacer un tratamiento local, el método electivo es la galvanización, que a veces, utilizada en el periodo prodrómico del ataque agudo, puede hacerle abortar. También se emplea la galvanización en las localizaciones crónicas de la gota.

La corriente continua tiene una acción analgésica digna de aprovecharse, aplicándola con intensidad de 20 a 25 miliamperios y duración de veinte a cuarenta minutos, según la sensibilidad del enfermo, y sobre todo según la superficie de los electrodos que se empleen. Como auxiliar de la corriente galvánica se suele emplear la ionización del litio u otros iones diversos.

Respecto a las corrientes de alta frecuencia, se pueden emplear en dos formas distintas para el tratamiento local, bien en forma de efluvios, ya en forma de diatermia. Los primeros producen efectos vasomotores y analgésicos.

La diatermia actúa produciendo una hiperhemia e hipertermia profunda, favoreciendo la circulación sanguínea y la linfática, y también por las ondas electromagnéticas secundarias se pueden obtener mejoras en la troficidad de las lesiones locales.

Si se trata de gota aguda, se puede dar una sesión diaria hasta 10 o 12 y descansar; si es gota crónica, se

darán alternas, durante unos cuarenta a cincuenta días y descanso para volver a empezar.

Se han observado varios casos por Nuyttu en que con la diatermia se han aumentado los dolores de la articulación enferma.

e) *Radioterapia, radiumterapia, torioterapia.*—El doctor W. His (143) expone los resultados obtenidos en la hiperuricemia de los gotosos por el radio, y dice que es notable el descenso que, en la mayoría de los casos, sufre esta elevada cifra a las pocas semanas de aplicación y a veces hasta a los pocos días, a la vez que se observa una mejora paralela de los síntomas clínicos.

La acción del radio en la gota parece ser la de activar los procesos del metabolismo nutritivo, pero que no en todos los casos se obtiene la citada mejoría, ni se debe aplicar a cualquier gotoso.

En los antiguos, con deformidades articulares, anquilosis, etc., es inútil aplicar este tratamiento porque no da ningún rendimiento. En cambio, en los casos recientes de simples artritis gotosas, los resultados son muy ventajosos, y según Fürstenberg no hay que desanimar cuando no se obtengan inmediatamente, pues suelen ser tardíos, aunque se obtienen beneficiosos rendimientos en un 85 por 100 de los casos.

Dice Gudzent que el resultado obtenido en las clínicas por medio de emanaciones de radio, son análogas a las obtenidas por las aguas mineromedicinales que la contienen en cantidad. Cree que estas emanaciones radioactivas actúan influyendo en múltiples funciones orgánicas, modificando los cambios gaseosos, el metabolismo en general y el ácido úrico en particular, lo que ha podido comprobarse sometiendo a varios gotosos a emanaciones de agua fuertemente radioactiva, o en baños de agua potable radioactivada mediante 1.000 Maches por litro, comprobando su influencia sobre el metabolismo de las purinas.

La dosificación se hará siempre con arreglo a las condiciones individuales de cada caso. Lo mejor sería instalar Institutos de Radio en que se obtuvieran unidades de medida bien definidas.

La nefritis parece que actualmente no se considera como una contraindicación.

El radio puede aplicarse en diferentes formas; y prescindiendo de su aprovechamiento en las aguas mineromedicinales de que hemos hablado, diremos aquí que la terapéutica radioactiva puede tener diferente forma. Por inhalación, para lo cual se prepararán los emanatorios o locales herméticamente cerrados, en el que se colocará una disolución de radio capaz de prestar al aire emanaciones suficientes para la cura. Esto ha sido estudiado recientemente por muchos autores, entre ellos Poraudé (144), por Allard (145) y por Teissier y Rebattu (146).

Según Gudzent un miligramo de elemento radio proporciona en las veinticuatro horas 220.000 a 300.000 en lo que queda por las pérdidas, pues si no sería mayor esta cantidad.

La dosis mínima es de 4 a 5 Maches por litro de aire, pero esta cantidad puede aumentar extraordinariamente. El enfermo permanecerá en el emanatorio dos horas cada día, y cada cura comprenderá de 24 a 60 sesiones.

Si se introduce más de un enfermo, se dispondrá de instalaciones para renovar el oxígeno y absorber el carbónico.

En Alemania se emplea mucho este sistema; hay casas especializadas en el montaje de estos emanatorios, y que proporcionan también máscaras para inhalaciones individuales.

Puede hacerse también la cura radioactiva por medio de bebidas, preparando aguas en que se hayan disuelto sales de radio por distintos procedimientos, y luego colocando este agua cargada de radio en botellas de cuello estrecho por donde se sorbe unos 10 c. c. de agua después de la comida, con lo que suele administrarse, según la salubilidad del radio, unos 1.000 a 50.000 Maches por día, consistiendo la cura total en unas seis semanas.

Estas aguas artificialmente radioactivas han sido estudiadas detenidamente en España por la doctora Martínez Casado (147).

Parece que estas sales se absorben por el intestino; también se usan soluciones de sales de radio en suero fisiológico y se emplea en inyecciones en días alternos, en la periferia de la articulación enferma. Se suele inyectar de cada vez 0,005 a 0,050 miligramos de radio; suelen ponerse unas 20 inyecciones.

Si se preparan líquidos muy ricos en emanaciones, pueden emplearse empapando paños que se aplican a las articulaciones afectas, pero tiene el inconveniente de no poder dosificarse.

Gudzent dice que la radioterapia a veces provoca reacciones dolorosas.

Torio X. Su efecto sobre el ácido úrico ha sido estudiado, entre otros, por Falta y Zehner (148). Hace disminuir a éste en cantidad, se colorea de pardo y se vuelve soluble, no dando ninguna de las reacciones de la murexida, por lo cual se puede comprender la acción importante de este cuerpo radioactivo en el organismo de los gotosos, en los que nunca produce reacciones dolorosas.

También ha sido probada por Gudzent, Maase y Zondeck la acción de las pequeñas cantidades de torio X sobre el ácido úrico, al cual moviliza disminuyendo en sangre y aumentando en orina, y según algunos investigadores activando el metabolismo basal.

Suele en algunas ocasiones presentarse ciertas reacciones molestas, como dolores, rubicundez, ligera fiebre y malestar general, y a veces, acceso agudo, cuando la dosis ha sido muy fuerte. Esto desaparece y han sido observados muchos casos en que no se han repetido más los accesos después de un tratamiento por cuerpos radioactivos.

Su empleo puede hacerse de manera análoga a la del radio, por inhalaciones, cargando el aire de estas radiaciones, o bien inyectando las soluciones en la vena o en los músculos, siendo la dosis mayor que la del radio, sin que pase nunca de 0,005 miligramos cada inyección, se ponen alternas durante cinco a seis semanas y el total de la cura no debe pasar de 0,5 miligramos.

También se emplea en bebida, preparando soluciones cuya actividad corresponde a 0,01 miligramo de elemento radio, de lo cual se dará 50 c. c. repartido en cinco tomas de 10 c. c. cada una. Se empleará este tratamiento de cuatro a seis semanas.

Compuestos medicamentosos de radio, hay varios, entre ellos el radiofán, en que este cuerpo está combinado con el atofán y parece de un resultado muy eficaz por sus acciones complementarias en el tratamiento de la gota.

Cluzet, Piéry, Chevallier y Dubost han encontrado en el tratamiento de los gotosos por inhalaciones y emanaciones de torio X, un aumento de la secreción de ácido úrico de 0,5 gramos, 0,6 gramos a 1,7 gramos por veinticuatro horas, y en el curso del tratamiento un aumento general de la diuresis (149).

(Continuará.)

Servicios de Fimatología del Dr. Valdés Lambea.
Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

Cien casos personales de frenicectomía.

SESIONES CLÍNICAS DEL 16 Y 23 DE OCTUBRE DE 1930

Dr. Valdés Lambea.—Vamos a ocuparnos de un procedimiento terapéutico digno de gran atención. Debemos trabajar por la extensión de la frenicectomía, por extender la práctica de ella entre los médicos, educando a los enfermos de tal modo, que cuando se les hable de la intervención no se coloquen en actitud de protesta y de miedo. El tratamiento quirúrgico de la tuberculosis en España carece de ambiente, y los que cultivamos esta especialidad, los enfermos mismos, debemos reconocimiento a la labor de los Dres. Perera y Elizaguirre, los primeros que han hecho en España terapéutica quirúrgica. Todavía hoy muchos tuberculosos pierden la oportunidad de tratarse y de curarse en algunos casos, porque amigos officiosos y compañeros mal orientados y mal enterados de estas cuestiones les aconsejan que no se dejen operar. Esto es lamentable. Hay que enseñar a los médicos y a los enfermos que en bastantes casos la salvación del tuberculoso está precisamente en una intervención quirúrgica. La frenicectomía es una intervención utilísima. Desde el punto de vista individual su importancia puede ser muy grande, y desde el punto de vista social pesa, a mi juicio, más que el neumotórax porque son muchos más los enfermos que pueden ser tratados por frenicectomía que por neumotórax artificial.

Este es un tratamiento largo, molesto y a la postre costoso. La frenicectomía hace lo que hace, de una vez. Nosotros aquí en el Servicio, en enfermos hospitalizados y en enfermos de la consulta, cada día hacemos más la intervención.

Yo cre que entre todos los procederes quirúrgicos es la frenicectomía el susceptible de una aplicación más amplia. Muchas veces la realizamos porque no es posible, por razones de índole social, llevar a cabo un neumotórax. En este caso, si no hacemos la frenicectomía, ¿cómo tratar al enfermo? Algunas veces, muchas veces por desgracia, el tratamiento higiénico no es posible, o, por lo menos, el enfermo no puede hacer un tratamiento de reposo suficientemente riguroso y largo. También en este caso ayuda la frenicectomía a resolver el problema.

Los resultados inmediatos del neumotórax artificial son brillantes a menudo, y hay casos en los cuales los enfermos parece que resucitan: enfermos intoxicados, febriles, taquicárdicos, en pocas semanas se transforman, porque ceden la intoxicación y la fiebre, después de haber el enfermo expectorado en abundancia por el efecto de expresión de esponja que el neumotórax hace. Los resultados tardíos del neumotórax artificial no son a veces tan brillantes: tenemos el espectro del derrame pleural, y sobre todo del derrame purulento. Por otra parte, una gran cantidad de enfermos no puede o no quiere seguir un tratamiento largo, molesto y costoso. Muchos pacientes confunden de un modo lamentable la mejoría que el neumotórax produce con la curación real. Por todo esto yo creo que siempre que podamos substituir el neumotórax artificial por la frenicectomía debemos ir a esta substitución; pero no cayendo en exageraciones, no empeñándonos en hacer frenicectomía en todos los casos, y no olvidando que muchas veces la operación de elección, la verdaderamente eficaz, es el neumotórax.

Los accidentes de la frenicectomía pocas veces tienen importancia: el Dr. Perera en sus 300 casos apenas los ha visto, y nosotros en 100 casos tampoco. Por el escaso peligro de la intervención y por lo dicho debemos extender su práctica.

A propósito de los colegas que sin la competencia suficiente desaconsejan la práctica de los procedimientos quirúrgicos, yo he reflexionado muchas veces sobre la responsabilidad que el médico contrae en el momento de decirle a un enfermo que haga o que no haga tal cosa. Pensamos en el caso del llamado infiltrado precoz, de un plastrón de broncoalveolitis tuberculosa subclavicular, en el cual se está fraguando una caverna, punto de partida de la tisis: aquí es formal la indicación del neumotórax o de la frenicectomía; sin embargo, un médico cualquiera dice al enfermo que no se deje intervenir, que eso es un disparate. Es posible que el enfermo se hubiese curado por un proceder colapsoterápico en vez de seguir el camino de la tisis. Se impone un estudio profundo del enfermo y mucha reflexión, un gran sentimiento de la responsabilidad, antes de dar un consejo cualquiera.

A veces el neumotórax no es practicable por las condiciones anatómicas de la pleura: la presión sube exageradamente y no se consigue aplastar el pulmón; cada insuflación, ineficaz por lo demás, produce fuertes dolores. Estamos en presencia de un sujeto con grandes adherencias pleuríticas: el neumotórax no es practicable y la toracoplastia está contraindicada porque estamos, por ejemplo, frente a un tuberculoso de cincuenta años con mal hígado, con mal corazón, con riñones medianos, con poca eficiencia visceral. No nos queda más intervención que la frenicectomía, y debemos hacerla, sola o combinada con una plastia parcial, o con la operación de Alexander. La frenicectomía a veces nos reserva grandes sorpresas en enfermos que parecían perdidos. El no hacer la frenicectomía es a veces cruzarse de brazos y esperar la muerte del enfermo sin luchar.

Como he dicho, el llamado infiltrado precoz es sencillamente un brote de bronquioalveolitis tuberculosa preponderantemente exudativa en un tuberculoso joven, y la lesión está con frecuencia por debajo de la clavícula, pero no siempre en este sitio. Puede evolucionar hacia la curación completa por resolución, hacia la fibrosis, o puede clasificarse formándose una caverna, la caverna temprana, bien distinta de la caverna tardía, de la caverna del tísico. En el momento de no estar seguros de la evolución favorable de dicho infiltrado precoz, ante la amenaza de la caverna, haremos un tratamiento por colapso. Muchas veces el problema se puede resolver con una frenicectomía, y yo ahora con frecuencia hago la intervención, dispuesto a completarla con neumotórax si su eficacia no me parece suficiente. Repito que, tratándose de muchos enfermos pobres, el no hacer la frenicectomía equivale muchas veces a no hacer nada.

La frenicectomía, y ahora no me refiero exclusivamente al llamado infiltrado precoz, es buen tratamiento preparador del neumotórax. Con una frenicectomía previa el neumotórax es más eficaz, se precisa menos neumotórax y la compresión del pulmón es mejor. Sin la frenicectomía, parte de la presión se pierde hacia abajo, sobre el diafragma. Nunca haremos la frenicectomía después del neumotórax, sino al contrario, porque no sabemos lo que va a subir el diafragma; a veces sube exageradamente.

Es evidente que cuando empleamos la frenicectomía para tratar las cavidades pensaremos que la eficacia de

la intervención será mayor sobre cavernas blandas que sobre las duras. Esta división de las cavernas en duras y blandas tiene gran importancia clínica: son las blandas las cavernas precoces, las cavernas tempranas, y duras las cavernas de los tísicos, de los tuberculosos cuaternarios, rodeadas de cáscara conjuntiva densa. Estas cavernas no se aplastan con la frenicectomía ni con el neumotórax, y estos procedimientos actúan eficazmente intensificando un proceso de cirrosis que bloquea la caverna. Los efectos de la frenicectomía en este sentido son notables, como se puede ver examinando las interesantes radiografías que tenemos en el Servicio.

Tenemos un caso de frenicectomía bilateral, y en otros enfermos hemos hecho frenicectomía de un lado y neumotórax del otro. Se tolera muy bien la elevación bilateral grande del diafragma. Véase a este propósito la radiografía de una niña estudiada aquí con ascitis enorme, y repárese en la altura tan grande que el diafragma tiene.

Es interesante el estudio de la elevación del diafragma en función de la presión intraabdominal. Nos interesa saber cuánto va a subir el diafragma, y puede decirse a este propósito que generalmente en los sujetos de musculatura abdominal débil, en los asténicos, la subida es generalmente pequeña, mientras que en los atléticos, en los pínicos, en los obesos pletóricos, el diafragma sube mucho. Pero a juzgar por los casos de mi experiencia esta regla tiene excepciones.

Yo creo que puede hablarse de frenicectomías exageradamente eficaces, quizá en algunos casos, de perjuicios de la exagerada eficacia. Véanse las radiografías de algunos enfermos nuestros: en dos de ellos el corazón se ha dislocado grandemente, y por la acentuadísima elevación del diafragma el colapso del pulmón ha sido enorme: tan grande como el que puede producir el mejor neumotórax. Es notable el efecto de la frenicectomía sobre las lesiones diseminadas extensas: la lesión se recoge, la sombra radiográfica se hace, no sólo más pequeña, sino más compacta, más densa. En una enferma nuestra se parece a una cuña apicular.

En un enfermo nuestro no pudimos encontrar el frénico, y yo conozco tres o cuatro casos más de cirujanos muy competentes a los cuales les pasó lo mismo. He tenido un caso de síndrome recurrente: al tirar del nervio, el enfermo respiraba mal y se puso cianótico: yo me detuve; pero convencido de que era el frénico tiré un poco y lo corté. Al día siguiente, ronquera. El Dr. Fumagallo diagnosticó una parálisis de recurrente del lado operado.

Dr. Perera.—La frenicectomía es eficaz en algunos casos de bronquiectasias crónicas, proceso rebelde y de tratamiento difícil. Yo he visto que la lobectomía da una mortalidad muy elevada y los resultados de esta intervención son desalentadores. Debe emplearse la frenicectomía para tratar las bronquiectasias crónicas, como yo he hecho en tres casos, viendo en uno de ellos una mejoría realmente notable. Debe hacerse la intervención con la mayor precocidad posible.

También se debe realizar en los accesos pulmonares cercanos al hilio. La elevación del diafragma puede favorecer la evacuación y actuar eficazmente. En algunos casos no se consigue nada como en los abscesos por anaerobios. En un caso se trataba de una forma bastante imprecisa constituida por un sistema de cavidades, con gran hemoptisis, y se hizo después de la frenicectomía una plastia parcial mejorando mucho la enferma, que al fin murió con un proceso agudo de tipo neumónico y grandes hemoptisis. En la flora había anaerobios. En resumen: en

tres casos míos con flora mixta anaerobia, la frenicectomía no pudo resolver el proceso.

He operado con éxito un niño de siete años con lesión cavitaria: le hice una frenicectomía con resultado extraordinario, y en cinco o seis casos más de niños pequeños he tenido tantos éxitos como intervenciones. La frenicectomía en la infancia me parece una buena intervención.

Dr. Gómez Durán.—Debemos fijarnos en las condiciones mecánicas del diafragma que intervienen en el éxito o en el fracaso de la intervención. La inervación diafragmática se enfoca con excesiva simplicidad, hablando sólo del frénico, y es mucho más compleja. Puede compararse el diafragma con el corazón: inervación doble, cerebroespinal y vegetativa, y hemos de considerar ganglios, como en el corazón.

Respecto de la frenicectomía doble, en parte nos reportamos beneficios, pero en parte salimos perdiendo. Con la frenicectomía bilateral la capacidad abdominal aumenta y, por consiguiente, la función de la presión intraabdominal que ha de favorecer el colapso ha de ser mejor.

Respecto de los accesos pulmonares hay que tener en cuenta su localización: cuando se trata de accesos hiliares hay que pensar en el peligro de la frenicorresis, pues al tirar del nervio se puede desgarrar la cara mediastínica del pulmón. He leído un caso de muerte por desgarrar de un foco caseoso mediastínico, y en estos casos es preferible una simple sección del nervio.

Conocimientos y hechos importantes a propósito de la frenicectomía.

Dr. Gómez Durán.—Para explicarnos los buenos resultados de la frenicectomía en la infancia, hemos de fijarnos en una cuestión puramente mecánica dependiente de la gran flexibilidad del tórax en los niños, que permite disminuir fácilmente los diámetros y un mejor ascenso del diafragma. Hay que pensar también en el modo como se realiza la intervención del diafragma en los niños. Los grupos musculares (flexores, extensores, etc.) tienen en la medula un mielotoma que los inerva directamente; la medula está constituida por una serie de mielotomas relacionados por medio de los nervios raquídeos con un grupo muscular cada uno; hay una gran autonomía espinal; en los niños los mielotomas son independientes, mientras que en los adultos hay relaciones entre unos y otros mielotomas por medio de fibras nerviosas. En los niños la inervación es mucho más simple que en los adultos: la sección de un frénico en el niño puede ser más provechosa que en el adulto, por la razón dicha; las vías que en el adulto pueden, en gran parte, suplir la inervación diafragmática, en el niño no existen, especialmente el plexo intradiafragmático, muy desarrollado en el adulto y poco en el niño. Además, las relaciones entre el sistema nervioso autónomo y el cerebral son más complejas en el adulto que en el niño.

Es interesante considerar la influencia de la inervación simpática en el tono muscular; hoy sabemos que la inervación simpática del diafragma tiene a su cargo el tono plástico del músculo, y para explicarnos los efectos de la frenicectomía es necesario tener en cuenta esta dualidad del tono plástico. Sobre éste el cirujano no puede intervenir, y lo más que puede hacer es extirpar los filetes simpáticos que se unen al frénico en el cuello y

aun en el tórax, pero no los que desde el simpático abdominal van al diafragma.

Conviene saber por qué unas veces con poco ascenso diafragmático se obtienen buenos resultados, cómo actúa en estos casos la intervención.

Teóricamente es preferible la frenicorresis a la frenicectomía porque con el arrancamiento se produce la destrucción del frénico por debajo del hilio, destruyéndose gran número de fibras. El ideal, que sería la resección infrahiliar, es una operación realmente imposible, y por eso se recurre al arrancamiento. La sección de todas las anastomosis, operación más perfecta, es mucho más difícil. Hay que pensar en las muchas anomalías del frénico, que, aunque no muy frecuentes, pueden hacer difícil o peligrosa la intervención, o ineficaz.

Dr. Perera.—Ambiguamente se habla de la llamada acción trófica. Es un factor no despreciable para explicar algunos de los buenos efectos de la operación. Además de la cuestión reposo debe haber alguna otra que intervenga en los buenos efectos de la operación.

Con algunos colegas yo he observado los buenos efectos que ella también tiene sobre ciertos procesos abdominales, sobre algunos síndromes gástricos. Especialmente la resección del frénico izquierdo mejora algunos trastornos del estómago: sujetos con ptosis gástrica o estómago dilatado que se hacía mal, mejoran. Yo estudio en la actualidad este asunto. La elevación del diafragma parece que actúa con eficacia, se eleva al fondo mayor y la evacuación se hace mejor.

Dr. Villalobos.—Yo he intervenido en los cien casos del Dr. Valdés Lambea. Casi todas las dificultades del primer tiempo se refieren a la actuación sobre los vasos. Los incidentes del segundo tiempo afectan a la tracción sobre el nervio; en este momento siempre se duda, se vacila, porque no se sabe lo que va a pasar, pero casi nunca pasa nada. A veces, el triángulo supraclavicular está cubierto por ramas de la yugular externa que hay que separar o ligar, y una vez abierta la celda supraclavicular podemos encontrar dificultades. Hoy precisamente hallamos una vena subclavia anómala, muy alta, enorme, y encima la arteria cervical transversa muy gruesa también. A veces hay muchos ganglios con reacción fibrosa, frecuente en los procesos de vértice. Es muy difícil cortar el neumogástrico en vez del frénico, pero es posible y ha ocurrido. A veces el neumogástrico es externo y es posible abrir la vaina del paquete vasculo nervioso apresando el nervio, que se toma equivocadamente por el frénico.

Se puede confundir el frénico con la rama del descendente interno o del subclavio: recordemos que el frénico va sobre el escaleno, y está cubierto por su aponeurosis. Algunas veces el frénico va muy interno, muy por dentro del escaleno; otras veces muy por fuera. Nosotros no hemos encontrado anomalías del número.

En más de 30 por 100 de nuestros casos el frénico cruza a la arteria y a la vena cervical transversa. Algunas veces cruza al nervio la arteria cervical ascendente, y así lo hemos visto en algunos enfermos.

El momento de hacer tracción sobre el nervio es ciego. El trayecto del nervio es peligroso, puede haber adherencias entre el nervio y la pleura mediastínica, pueden romperse focos caseosos, se puede producir una hemorragia al tirar sin que sepamos de dónde viene la sangre. En la práctica los percances son rarísimos.

Anomalías hay pocas y anastomosis pocas también. Al plexo intradiafragmático van no sólo el frénico, sino fibras de los intercostales, del simpático abdominal, que vienen

del plexo solar, del plexo subpleural, y nosotros ni aun ejerciendo tracción actuamos sobre estas fibras. En algunos casos, aun limitándonos a seccionar el frénico o a quitar 2 centímetros, hemos visto elevaciones considerables del diafragma; no podemos conceder mucha importancia, pues, a las fibras del duodécimo intercostal, a las que van al músculo desde el plexo solar. En unos cuantos casos se debe hacer frenicotomía simple, y en otros tantos frenicorresis para hacer un estudio comparativo, ver lo que pasa y ver también si podemos conformarnos con la frenicectomía para evitar el momento de tirar, que a mí me perturbaba. También yo creo que conviene estudiar si los beneficios obtenidos con la intervención están en razón directa de la elevación del diafragma.

Dr. Valdés Lambea.—Dos palabras sobre la frenicectomía como tratamiento complementario del neumotórax. Hay un momento en éste de verdadera duda: el momento de terminar; no sabemos cuándo dejar el tratamiento. El final del neumotórax puede y debe ser muchas veces una frenicectomía, pues de esta manera la duración del tratamiento se acorta, y los peligros de una reexpansión demasiado grande y prematura disminuyen.

La frenicectomía se empleará algunas veces para tratar pleuritis diafragmáticas, muy molestas, muy dolorosas. Nosotros tenemos un caso de gran éxito.

En el pasado curso hemos tratado enfermos con empiemas tuberculosos y no tuberculosos.

La frenicectomía disminuye el tamaño de la cavidad pleural y debe hacerse, el empiema no tuberculoso como tratamiento complementario de la evacuación del derrame, previa resección costal, y en el empiema tuberculoso después de evacuar el líquido con punciones repetidas.

A mí el neumotórax no me parece buen tratamiento de los abscesos y bronquiectasias porque en mis casos con frecuencia se ha producido derrame y luego un empiema pútrido. Cada día hago más la frenicectomía en estos casos, y menos el neumotórax. También me parece una buena intervención para las hemoptisis recidivantes.

La frenicectomía se puede emplear a veces en algunos enfermos de hipo rebelde. Trátase de un síntoma muy molesto y a veces perturbador, que resiste a las medicaciones más enérgicas. Se puede recomendar una simple frenicectomía que actúa eficazmente.

Nos encontramos a menudo en la práctica con enfermos que nos parecen perdidos: sujetos con procesos extensos bilaterales. Hacemos la frenicectomía por hacer algo, y en ocasiones quedamos sorprendidos por los buenos efectos de la intervención. Algunos de nuestros enfermos han tenido supervivencias verdaderamente extraordinarias, y sujetos que creíamos muertos han reaparecido notablemente mejorados, muchos meses después, en la consulta.

Es muy interesante el tema de cuándo se inicia el ascenso del diafragma, cuándo se llega al ascenso máximo y cuánto dura éste. Algunas veces observamos la parálisis inmediata del músculo, pero el ascenso se hace con lentitud. En otros casos es muy rápido. Hace pocos días operé a una enferma obesa con una cavidad en la base. Apenas expectoraba, y pocas horas después de la intervención empezó a expulsar grandes cantidades de esputos purulentos; continuó expectorando mucha cantidad cada día. A los siete días de la intervención la miré en la pantalla: el músculo estaba paralizado y su ascenso era tan considerable, que el tamaño del pulmón estaba reducido a menos de la mitad. Generalmente medio año después de la intervención se inicia un ligero descenso del músculo.

lo. El conjunto puede representarse gráficamente con tres líneas: una ascendente, muy inclinada; una meseta; otra descendente, más inclinada que la primera y mucho más corta. Casi siempre la eficacia de la intervención está en razón directa del número de centímetros que asciende el músculo. Ya hablé el otro día de algunos casos de frenicectomías notablemente eficaces, tanto como un buen neumotórax. En el Servicio hemos estudiado hematológicamente a muchos de estos sujetos y hemos visto, como en los neumotorizados, hiperglobulias compensadoras muy grandes.

Algunos de nuestros enfermos han tenido fiebre después de la intervención, pocas veces alta y siempre efímera. Otros han tenido dolores, tirantezas, de ponca monta; tres o cuatro, hemoptisis ligeras. No hemos visto accidentes de importancia. A veces hemos hecho la intervención con facilidad; pero en algunos casos ha sido difícil por la mucha sangre, por razones de índole anatómica. Repito que yo cada día recomiendo más la intervención y que me parece un recurso utilísimo, muy manejable, de amplias aplicaciones y que se debe generalizar.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

DIE METHODIK DER FERMENTE, por Oppenheimer-Pincussen. XXI, 1.578 páginas, 461 grabados. G. Thieme, editor. Leipzig, 1929. 170 marcos.

Esta obra forma el III tomo de la 5.^a edición de la monumental obra de Oppenheimer: «Die Fermente und ihre Wirkungen». Los dos primeros tomos aparecidos en 1925 y 1926, respectivamente, obtuvieron un enorme éxito de crítica y de librería en el mundo entero, y creemos que no será menor el que este tercero obtenga.

Es el profesor Oppenheimer uno de los mejores escritores científicos con que hoy contamos. Su claridad, sus condiciones didácticas son realmente más propias de un escritor latino que de un escritor germano, pero a esas cualidades une Oppenheimer un espíritu crítico profundo y un acabamiento en el estudio de un asunto no superado por ninguno de los escritores de su raza.

Estas cualidades brillan especialmente en esta obra de los fermentos. Centenares de investigadores han logrado imprimir un gran desarrollo a este terreno de la ciencia, pero a la vez han hecho de él algo de lo más confuso y caótico que existe. Oppenheimer ha tenido el mérito enorme de considerar en su obra toda la literatura sobre el asunto—labor nada fácil por lo extraordinariamente dispersa que está—; pero distinguiendo en ella lo realmente útil de lo que es un mero producto de la fantasía ha logrado construir con lo útil un todo orgánico, un conjunto perfectamente sistematizado. Y con ello ha devuelto al estudio de los fermentos una gran parte de su claridad perdida.

El tercer tomo de la obra está dedicado a la técnica de los fermentos, y Oppenheimer ha tenido el mérito de comprender que, tratándose de métodos técnicos, nadie mejor que los autores en ellos especializados podrían describirlos. Ha buscado para cada materia el técnico de más renombre, y para mayor garantía de acierto se ha adscrito a Pincussen, el ya célebre analista bioquímico, para que le ayudara en la labor de dirección. El libro ha resultado admirable y de un valor inestimable para todo aquel que trabaje experimentalmente en estos difíciles asuntos.

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

Jarabe de

Probado clínicamente en

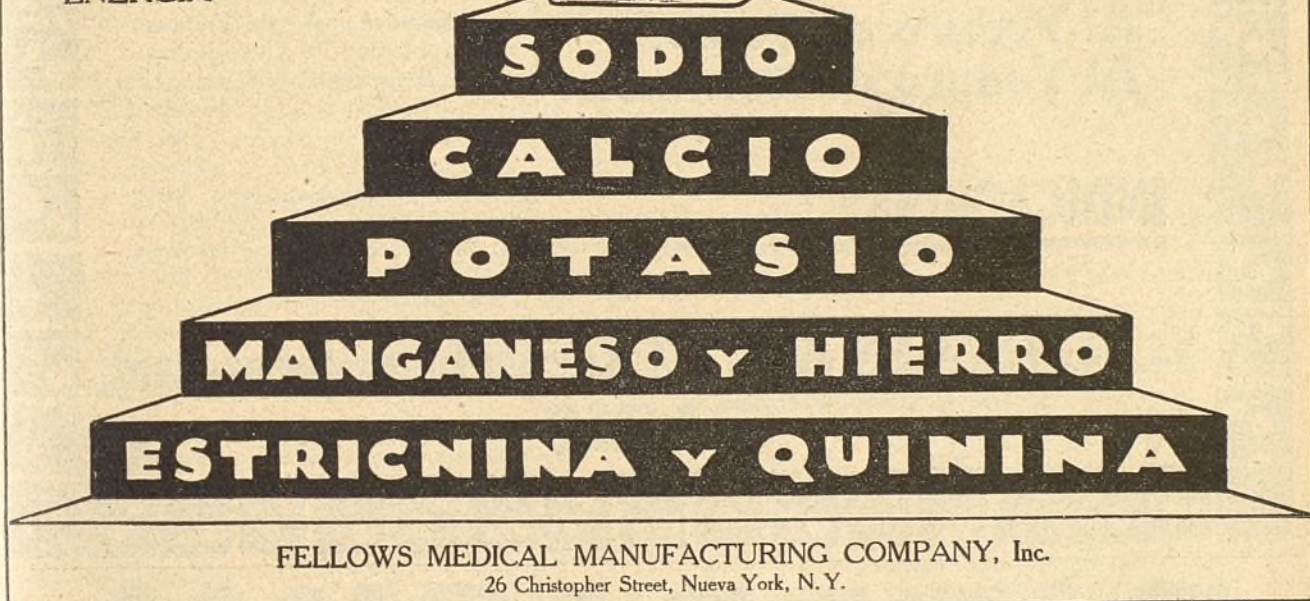
REMINERALIZACIÓN
VITALIDAD
ENERGÍA



FELLOWS

todas partes del mundo

DESMINERALIZACIÓN
CONVALECENCIA
NEURASTENIA



ANTALGOL DALLOZ
Granulado
Neuralgias - Jaquecas - Gripe - Lumbago - Ciática
Gota - Reumatismo agudo o crónico
J. DALLOZ, 13, Boulevard de la Chapelle, PARIS

Jarabes Yodurados de J.-P. Laroze

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

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

INDICACIONES

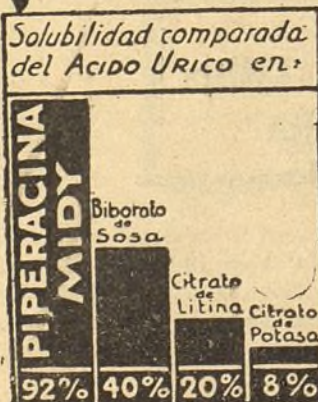
Arterioesclerosis en sus comienzos; Angina de pecho, Asma, Enfisema, Bronquitis crónica, Diabetes, Gota, Reuma crónico, Esclerosis viscerales, Sífilis secundaria y terciaria.

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

PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

“El más rico en principio activo.”



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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

MUESTRA Laboratorios Midy.

4, rue du Colonel Moll, PARIS
Ayuntamiento de Madrid

En una primera parte trata la obra de las técnicas generales aplicables al estudio de los fermentos: métodos físicos (polarimetría, refractometría, interferometría, nefelometría, espectrofotometría y colorimetría), métodos físicoquímicos (determinación de la viscosidad, de la reacción actual, de la conductibilidad eléctrica y de la presión osmótica), y análisis microelemental de Pregl. En una segunda parte se estudian las propiedades y métodos de obtención de los substratos, sobre los que obran los fermentos, y los métodos de obtención y purificación de éstos. Después trata ya de las técnicas aplicables al estudio, en particular de cada fermento; y por último, estudian la demostración de los fermentos en los objetos biológicos y la técnica del estudio de los fermentos en clínica.

En suma, el libro comprende todo lo que al experimentador puede interesarle en estos asuntos para su trabajo, y todo bueno.

Un único defecto tenemos que poner a esta obra, defecto que desgraciadamente es ya peculiar de todos los libros alemanes: su enorme precio, que le pone fuera del alcance de la mayoría de los hombres de ciencia de nuestro país.

DR. JOSÉ MARÍA CORRAL.

DIE BEHANDLUNG DER RHEUMATISCHEN KRANKHEITEN (El tratamiento de las enfermedades reumáticas), por el doctor Arnold Zimmer. 47 figuras; 280 páginas. Editor Fichers, Medizinische Buchhandlung. H. Kornfeld, Leipzig, 1930. Precio, 18 marcos.

El Dr. Arnold Zimmer ha escrito, en colaboración con otros autores de reconocida autoridad en la materia de que trata este libro, una obra que trata sobre los asuntos más importantes del tratamiento de las enfermedades reumáticas, con una claridad de concepto y un conocimiento de causa realmente grande.

Los capítulos escritos por el Dr. Arnold Zimmer sobre el tratamiento medicamentoso, terapéutica proteínica, varices y su influencia sobre la artritis deformans y su tratamiento, y la reacción Abderhalden en el diagnóstico de las enfermedades reumáticas, son trabajos de gran interés científico.

El tratamiento quirúrgico de las enfermedades reumáticas crónicas a cargo del Dr. Wilhelm Baetzner, así como el tratamiento ortopédico escrito por el Dr. Heiz Beek y la terapéutica física por Ludwig v. Pap, son de un interés realmente extraordinario.

Trastornos endocrinos y enfermedades reumáticas a cargo del Dr. Wilhelm Fehlow, trabajo corto en el que señala con acierto el estado actual de estos conocimientos.

El capítulo destinado al estudio entre las enfermedades reumáticas y enfermedades de la piel, por el Dr. Wilhelm Richter, es quizá el más documentado, superando a cuanto conocemos sobre esta materia.

En fin, un libro que debe figurar en la colección de los que se interesen por estos asuntos.

F. PECO

LES ALIÉNÉS ET LES CORRECTIONNAIRES A SAINT-LAZARE AU XVII^e ET AU XVIII^e SIÈCLES, por el Dr. Jacques Vié. Un tomo en 4.º de 247 págs. Edit. Félix Alcan, París, 1930.

En el siglo XVII diversas circunstancias agudizan en Francia el problema de la corrección de los jóvenes. Entre los muchos establecimientos, regidos por religiosos, destinados al indicado objeto, destaca San Lázaro, fundado por San Vicente de Paúl, superior a todos ellos, aunque por desgra-

cia únicamente recibía a los privilegiados de la fortuna. San Lázaro, sede de una congregación religiosa, era un establecimiento polimorfo que recogía libertinos y también alienados, dementes, insensatos y débiles de espíritu.

El autor, pertrechado de gran número de documentos inéditos, estudia, en primer término, los orígenes y desarrollo de los departamentos de corrección y de alienados del establecimiento. En la segunda parte trata del régimen jurídico y administrativo, precisando las garantías y formalidades de ingreso. Por último, reproduce un centenar de observaciones de alienados, anormales, etc., reconstruidos con documentos que obran en archivos franceses.

La obra despierta enorme interés por vislumbrarse en ella los comienzos de un tratamiento racional de los enfermos mentales (San Vicente de Paúl, precursor de Pinel y del «tratamiento moral»), por el régimen disciplinario, prácticas psicagógicas y continua ocupación. No faltan las acusaciones sobre malos tratos, y en el diario de un paranoico se encuentran detalles realmente horripilantes. Demuestra la interesante monografía del Dr. Vié, que San Vicente de Paúl instauró con la fundación del establecimiento un modo de asistencia de psicópatas y psicóticos completamente nuevo. San Lázaro ofrece el tipo de la «Casa de Salud», basada en una indicación terapéutica, en la creencia de la posibilidad de mejoría en las enfermedades y anomalías mentales.

A. VALLEJO NAGERA.

PERIODICOS MEDICOS

Medicina interna

EN LENGUA EXTRANJERA

1. The treatment of Pneumonia. (Tratamiento de la neumonía), por O. W. Bethea.—El autor ha obtenido de varios hospitales los datos necesarios para construir una estadística que reflejando la mortalidad por neumonía en los últimos treinta años, demuestre los progresos de la terapéutica. Pero el porcentaje (alrededor del 40 por 100) fué análogo en todos los períodos; y por lo que se refiere a la bronconeumonía, más elevado en la última década.

Aunque el tratamiento seroterápico sea algo más que una promesa, es preciso recordar que los sueros polivalentes están todavía en estudio y que de los sueros específicos sólo pueden beneficiarse un número muy corto de casos, ya por las dificultades inherentes al imprescindible examen de laboratorio, ya porque los enfermos sean vistos demasiado tarde para que la terapéutica específica pueda dar todo su rendimiento.

El autor cree que es necesario ocuparse más del enfermo y menos de la enfermedad. Sobre esta base cimenta su método terapéutico, con el que en 50 casos ha obtenido una mortalidad del 10 por 100. El plan se reduce a cuidar el estado general, conservando la integridad circulatoria por el reposo y la ausencia de medicación, a cuidar la exoneración intestinal, a dar una dieta escasa, pero rica en carbohidratos, a procurar una alcalinización moderada y a valerse de las medicaciones sintomáticas sólo cuando estén realmente indicadas.

Puede practicarse siguiendo la pauta que damos a continuación:

a) Reposo mental y físico. b) Aire fresco; evitense las corrientes. c) Bolsa de hielo a la cabeza si la temperatura pasa de 39°. d) Limpieza diaria del cuerpo con una esponja húmeda. e) Limpieza cuidadosa de la boca. f) Una o dos

cucharadas de aceite de parafina cada noche. Enemas en caso necesario. *g*) Citrato sódico: 2,5 gramos cada dos horas mientras el enfermo está despierto. Suprimase si hay edema pulmonar. *h*) Digital a dosis corrientes si hay fibrilación o aleteo auricular. Únicamente en este caso. *i*) Codeína en pequeñas dosis si ha que aliviar un dolor fuerte, una tos violenta o un malestar que impida el reposo del enfermo. *j*) Nada de morfina, estriénina, esparteína, aspirina, ni oxígeno. *k*) Alimentación. Agua, sopa y caldos colados (hechos con arroz o cebada y adicionados de una mitad de leche o un cuarto de su volumen de nata, leche malteada o preparaciones similares (hechas con agua), jugo de frutas, café o té (con nata y leche azucarada).

Después de la crisis o cuando la temperatura haya descendido mucho puede darse una dieta con sustancias proteicas, efectuando muchas pequeñas comidas. (*The Journal of the American Medical Association*, vol. 95, núm. 13, 27 de Septiembre de 1930).—F. BLANCO.

2. Whooping cough: Early diagnosis by the cough plate method. (Tos ferina; diagnóstico precoz por el método de la tos sobre placa), por Louis W. Sauer y Leonora Hambrecht.—Los autores señalan el sorprendente hecho de que una enfermedad que da tanta mortalidad como la difteria y dos veces más que la escarlatina, y cuyo agente causal fué descubierto hace veinticuatro años, permanezca tan difundida y sea de un diagnóstico incierto y tardío. Como los casos no suelen descubrirse hasta el período de la tos paroxística y la fase más contagiosa es la catarral, el aislamiento y la profilaxis son difíciles.

El diagnóstico precoz se facilita por el método de la tos sobre placa, estudiado durante mucho tiempo por el Departamento de Higiene de Conpehague. Los autores lo han usado en 200 casos con los siguientes resultados: en el período catarral fué positivo en 52 casos de 53 estudiados; en el período de la tos paroxística fué positiva en 70 de 107; en la fase de declinación fué negativo en los 40 enfermos.

El medio de cultivo utilizado se fabrica así: A 500 gramos de patatas peladas y partidas en trozos se añaden 40 centímetros cúbicos de glicerina y un litro de agua destilada. Se cuece en una marmita tapada hasta que las patatas estén blandas. Se repone el volumen con agua y se filtra sobre gasa. A 500 c. c. del filtrado se añaden 1.500 c. c. de una solución de cloruro sódico al 0,6 por 100 y 60 gramos de agar. Se calienta hasta disolución de la gelosa, se repone el volumen con agua y se envasa en matraces de 150. Después de esterilizados en el autoclave pueden conservarse mucho tiempo. Para usarlo se funde y enfría a 45°, para entonces añadir 30 c. c. de sangre desfibrinada y repartir en placas de Petri a razón de 20 c. c. cada una. Colocar la placa destapada a 3 ó 4 centímetros de la boca del enfermo, durante un ataque de tos de tipo expulsivo. Incubar en la estufa durante cuarenta y ocho horas. Las colonias de *B. pertussis* son de un milímetro de diámetro aproximadamente, brillantes, traslúcidas, circulares y muy elevadas sobre el medio. Con la luz reflejada se ven rodeadas de una zona oscura, cuyo ancho puede ser superior en dos veces al de la colonia. Si las colonias son pocas pueden no ser reconocidas hasta el cuarto o quinto día. Los gérmenes recién aislados aparecen como bacilos ovoides, Gram negativos, con tendencia a la tinción bipolar. Después de algunos países por el medio adoptan formas redondeadas.

Este método, de escaso valor para el tratamiento, lo tiene muy grande para la profilaxis, pues permite descubrir y aislar los casos en su fase más peligrosa para los demás. (*The Journal of the American Medical Association*, Vol. 95, núm. 4, 26 de Julio de 1930).—F. BLANCO.

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. El tratamiento médico de la úlcera péptica simple, incluyendo las hemorrágicas, por el Dr. Ismael Angulo Alvarez.—El diagnóstico de úlcera péptica, con señaladas excepciones, no implica un tratamiento quirúrgico; ella es una afección susceptible de curar con un tratamiento médico bien dirigido.

Dicho diagnóstico sí implica un cambio radical en la vida del enfermo, el cual debe ser sometido a un plan higiénico y dietoterápico siempre prolongado.

La educación apropiada del ulceroso facilitará el desenvolvimiento terapéutico.

Con señaladas excepciones, el tratamiento quirúrgico sólo debe practicarse después que fracase un tratamiento médico adecuado.

A toda intervención quirúrgica debe seguir un tratamiento médico bien dirigido.

La costumbre de usar regímenes dietéticos impresos previamente debe restringirse. Un régimen dietoterápico debe confeccionarse puestos de acuerdo médico y paciente. Este último para que suministre sus particularidades individuales o idiosincrasias.

Por regla general, los ulcerosos con escasa retención gástrica reciben más fácilmente los beneficios del tratamiento médico.

En los ulcerosos con síntomas muy agudos, los mejores resultados se obtienen con el reposo en cama, el ayuno y el uso de los calmantes (bromuros, belladona, etc.) y saturantes; entre estos últimos, el bismuto en primer lugar.

En las hemorragias severas, la abstinencia de alimentos por la vía oral y las aplicaciones frías acompañadas del reposo en cama por un tiempo prudencial, prestan los mejores servicios.

El uso de los alcalinos o saturantes debe practicarse con prudencia, sobre todo en los ulcerosos complicados con afecciones renales o hepáticas, empleándose solamente para neutralizar el gran exceso de acidez clorhídrica.

El lavado gástrico como práctica frecuente, además de molesto, a veces resulta dañino.

El tratamiento médico de todo ulceroso debe comprender un período de tiempo no menor de seis meses, quedando el enfermo en vigilancia por un período de un año.

Los probables factores etiológicos (sífilis, infecciones focales, etc.) y las condiciones generales del paciente (afecciones renales, cardíacas, sistema nervioso, etc.) deberán investigarse en todos los ulcerosos, procurando aliviarlos o erradicarlos.

En el momento actual no existen pruebas concluyentes de curaciones por el uso de vacunas, sueros o proteínas, aunque ellas parecen producir beneficios no despreciables. (*Vida Nueva*. Habana, Julio 1930.)

Anatomía

EN LENGUA EXTRANJERA

1. No es completa nuestra adaptación a la estación bípida, por A. Marneffe.—Para llegar a la conclusión con que epigrafa su trabajo se funda el autor en los siguientes hechos:

Las venas intercostales, verticales en los cuadrúpedos, están en el hombre, que son horizontales, provistas de unas válvulas que son inútiles.

Por el contrario, las venas del abdomen, horizontales en ellos, verticales en nosotros, carecen de válvulas, lo cual constituye una de las causas de la dificultad de la circulación venosa abdominal.

El lugar donde se encuentran la próstata y el apéndice, tan profundo e inferior, es la causa probable de la delicada y especial patología de estos órganos.

En el cuadrúpedo puede hacerse fácilmente la respiración costal por un movimiento pendular de las costillas que requiere un exiguo trabajo muscular. La estación bípeda exige una musculatura especial para la elevación de las costillas.

El serrato mayor y el glúteo mayor han conservado su dinamismo de cuadrúpedo. El hombre no ha perdido la marcha alterna, sinérgica, inútil y poco económica.

La columna vertebral en sus porciones dorsal y lumbar constituye en el cuadrúpedo una bóveda con las vértebras en forma de rincón. El bípedo ha conservado esta curvatura dorsal rígida e irracional.

Las vísceras del animal están pendientes de la columna vertebral, no teniendo por tanto ninguna tendencia a desplegarse. En el hombre están fijas oblicuamente, de donde su tendencia a descender perturbando la circulación profunda (hemorroides, varicore); necesitan ser mantenidas en posición por un potente cinturón abdominal.

El hombre no puede efectuar una extensión suficiente de muslo sobre la pelvis, ya que el ligamento de Bertin no se ha alargado lo suficiente y los músculos glúteos no han adquirido el necesario dinamismo. De esto se deduce la exagerada lordosis lumbar que mantiene el ángulo sacrolumbar, el promontorio tan desfavorable para el parto en la mujer. (*Bruselles Medical* 16 de Abril de 1930.)—DR. PRENAIS.

Aparato digestivo

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Valor diagnóstico de las pruebas funcionales del hígado, por el Dr. H. G. Mogena**—Dada la complejidad de las funciones en que el hígado interviene, no tenemos hoy una prueba segura que nos indique exclusivamente la insuficiencia global de la función hepática.

Las pruebas propuestas nos mostrarán solamente la insuficiencia para la función que examina, siempre teniendo en cuenta la participación que en aquella función tengan los demás órganos o sistemas.

Las más importantes de que en clínica podemos hoy valernos son, según nuestra experiencia:

- Hiperbilirrubinemia, siempre que no exista ictericia obstructiva o hemolítica.
- Galactosuria o curva de glucemia, con administración, principalmente, de galactosa.
- Tiempo de desaparición en la sangre de un colorante de eliminación específica (fenolftaleína tetracolorada o rosa bengala), o momento en que aparece en la bilis obtenida por sondaje duodenal (*Arch. Esp. de En. del Ap. dig. y de la Nu.* Julio 1930.)

Cirugía

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Estrecheces del esófago en la infancia, por el doctor Camilo Muniagurria**—La experiencia de los dos casos operados nos revela el resultado de la gastrostomía para establecer una fístula que permita alimentar al enfermo. Con ella puede perseguirse un doble objeto: o bien alimentar al enfermo por una situación extrema, o bien tentar un sondaje retrógrado. En el primer caso, el resultado tiene que ser muy aleatorio, tratándose de niños de poca edad, expuestos a todas las incidencias y que deben mantener su

fístula por toda la vida. ¿No es mejor dejarlos morir? Es posible que en el adulto el criterio pueda variar, pero nos referimos a los niños exclusivamente. En lo que se refiere al sondaje retrógrado, puede comenzarse por establecer que cuando él es posible, es porque se ha podido lograr introducir primeramente por la boca una sonda a la cual se atará el hilo conductor de los catéteres retrógrados. Ahora bien, si es posible introducir una sonda por la boca, creo más fácil y menos peligroso tentar nuevas introducciones o conformarse a mantener al enfermo con una alimentación líquida durante toda la vida. (*Rev. Méd. del Rosario*, Junio 1930.)

Fisioterapia

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Estudio histológico de la acción de los rayos X sobre el ovario en el período de ovogénesis, por J. Grincourt**—El ovario de los mamíferos en actividad ovogénica, durante la multiplicación de las ovogonías y la diferenciación de los ovocitos, presenta una gran sensibilidad a los rayos X. Una sola irradiación, administrada correctamente, puede producir la total y definitiva destrucción de los elementos sexuales.

La disminución de volumen del ovario es rápida y precoz. Ocho días después de la irradiación es ya completa la regresión de la capa cortical. Al día catorce, la zona medular se muestra ya en extremo disminuida, quedando reducido el ovario a una delgada lámina fibrosa.

Los efectos primeros, demostrables ya una hora después de la irradiación, son la detención de la multiplicación carioquinética de las células epiteliales y conjuntivas y la destrucción de las mitosis en curso. La multiplicación de las ovogonías, sobre todo, se ha detenido por completo.

Los elementos de la línea sexual son atacados electivamente. Las ovogonías son especialmente sensibles, manifestando sus lesiones desde la primera hora. Al cabo de veinticuatro horas están destruidas casi por completo. Los ovocitos más resistentes manifiestan sus lesiones tardíamente. La repartición topográfica de las lesiones de la zona cortical primitiva del ovario permite comprobar las diferencias en la sensibilidad de los ovocitos. Este elemento es tanto más resistente y, por lo tanto, más tardíamente se afecta cuanto mayor es su edad y más claramente está diferenciado de núcleo. Los ovocitos que persisten más largo tiempo son los que en el momento de la irradiación han alcanzado un desarrollo mayor. Mientras que un ovocito irradiado no ha sido destruido prosigue su evolución, aumenta su talla, y el núcleo se prepara a la reducción cromática con el mismo ritmo y pasando por idénticos estadios morfológicos que el ovocito normal.

No se produce ninguna neoformación de ovocitos, a partir de elementos corticales indiferenciados, que han escapado a la acción de los rayos X. La ovogénesis, pues, se ha detenido definitivamente.

Las células foliculosas que no se destruyen estructuralmente de las ovogonías tienen una sensibilidad relativamente débil. Persiste siempre un cierto número de ellas entre los últimos elementos epiteliales de la zona cortical.

Existe un paralelismo radiofisiológico manifiesto entre los estadios homólogos de las líneas sexuales macho y hembra. Las espermatozonías y ovogonías tienen una sensibilidad exquisita y muy particular. Los espermatozitos y ovocitos de primer orden, menos sensibles en conjunto, llegan a ser cada vez más resistentes a medida que se diferencian. El ritmo evolutivo no es alterado por la irradiación en ninguna de las dos líneas.

Los cordones medulares del ovario se lesionan poco por la acción directa de los rayos X. Sin embargo, acaban por desaparecer casi completamente ahogados por la esclerosis conjuntiva subsiguiente a la irradiación.

El tejido conjuntivo ovárico se encuentra en proliferación activa en el momento de la irradiación. Una hora después las mitosis han desaparecido. La citolisis comienza desde la segunda hora, sobre todo en el tejido conjuntivo laxo de la zona medular. Las lesiones progresan hasta la sexta hora y después disminuyen. La esclerosis aparece entonces gradualmente.

Catorce días después de la irradiación, la zona cortical está completamente esclerosada y la zona medular aparece vacía de lagunas linfáticas.

La alteración del tejido conjuntivo del ovario joven contrasta con la integridad del ovario y testículo adultos.

El endotelio vascular, ya se trate de capilares o de vasos más voluminosos, no presenta después de la irradiación ninguna alteración apreciable histológicamente.

En la trompa uterina se observan lesiones tan precoces e intensas como las del ovario. Están generalizadas a las diversas tunicas. Estas lesiones, sin embargo, son pasajeras, atenuándose desde la sexta hora, comenzando la reparación desde el sexto día y alcanzando de nuevo el desarrollo normal el día doce.

Las lesiones tubáricas se oponen de este modo a las lesiones ováricas por su no electividad y su carácter pasajero. A partir del sexto día, el desarrollo activo de la trompa coincide con la regresión completa del ovario (*Arch. del Ints. du Rad. de l'Uni. de Paris*, tomo II, fasc. 1).—Dr. T. B.

Venereología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al estudio del valor de la intradermorreacción con la vacuna antistreptocócica de Nicolle y Durand en el diagnóstico del chancro simple, por el Dr. Juan José Mestre.**—Hemos realizado la intradermorreacción con la vacuna Dmelcos en 99 enfermos, deduciendo de nuestro estudio que es una prueba específica de alto valor diagnóstico en los casos de chancros simples. Este valor no es absoluto, ya que también es positiva en aquellos enfermos que han padecido en épocas pretéritas de dicha afección, pudiendo, por lo tanto, ser empleada para hacer un diagnóstico retrospectivo.

La intradermorreacción se hace positiva entre los cuatro y los ocho días después de la aparición del chancro y dura tal vez toda la vida.

Creemos que este método de diagnóstico, de técnica sencilla, de interpretación fácil y al alcance de todos, debe ser investigado en la práctica diaria (*Rev. Méd. de Sevilla*, Julio de 1930.)

Obstetricia

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Presentación de hombro, clasificaciones, reglas simplificadas para la práctica de la versión interna, por el Dr. Francisco Rossi.**—Ley general para todos los casos: Se introduce aquella mano que va en forma cómoda (diagonalmente) hacia los pies del feto. Se toma, en las dorsoanteriores, el pie inferior y en las dorsoposteriores el pie superior. (Verificarlo en el maniquí.)

Merece también recordarse por su brevedad, aquella frase de aplicación general: «Tienen el mismo nombre la mano del partero, el flanco de la madre y el pie del feto». Ejemplo:

Presentación dorsoposterior, cabeza a la derecha: se introduce la mano izquierda que va al flanco izquierdo de la madre y coge el pie izquierdo.

Estas sencillas reglas, aplicables a todos los casos, ofrecen la ventaja de no exigir el diagnóstico del nombre del hombro fetal, que es lo que más esfuerzo imaginativo requiere; esto último lo reconoce el mismo profesor Brindeau.

Las dificultades que hemos señalado en las reglas técnicas de la versión interna, tienen origen en el pecado original de la clasificación de Jacquemier, desde que menciona el nombre del hombro que se presenta; de aquí emanan aquellas indicaciones de «mano antónima del hombro que se presenta» o «mano homónima», etc., que torturan la mente de los estudiantes, debido a la dificultad de recordar palabras huecas que nada dicen a la lógica e imposibles de relacionar con ninguna idea.

La escuela alemana, con Bumm a la cabeza, no cita nunca para nada el nombre del hombro fetal. No mencionándolo ni en la clasificación, ni en el tratamiento, se aclara enormemente todo este capítulo de la distocia.

Tanto mayor derecho existe en simplificar al máximo este tema, cuanto que autores hay, como Stöckel, que son partidarios de la abolición de toda regla para la versión interna en las presentaciones de hombro, y ello por las siguientes razones:

1.^a Si se ha introducido por error la mano contraria, no se la debe retirar para sustituirla por la verdadera; es preferible operar con mayor incomodidad que doblar el peligro de infección por una segunda introducción de mano.

2.^a En las dorsoposteriores se toman habitualmente ambos pies del feto.

3.^a Si encontramos dificultad para hallar el buen pie y damos con el pie malo, se tirará de él. En tales circunstancias sería una torpeza abandonar el pie falso para ir en busca del verdadero.

4.^a Algunos autores aconsejan, para todos los casos, operar con la mano derecha, que es la más hábil.

5.^a Parteros hay que tiran del primer pie que alcanzan.

6.^a La maniobra (girar un semicírculo) que convierte en bueno el pie malo, al practicar la extracción que sigue a la versión interna, es sumamente fácil. Eso para el caso en que hubiéramos equivocado el pie, etc.

Las reglas que algunos autores citan para los casos excepcionales de vientre péndulo, etc., quedan también destruidas por las citadas razones. (*Rev. Med. del Rosario*, Abril 1930.)

Neurología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Antigua neuralgia rebelde del trigémino curada por la insulina (forma prediabética), por Gonzalo R. Lafora.**—Insiste el autor en la necesidad de investigar clínicamente el mecanismo regulador de la glucemia ante todo caso de neuralgias o neuritis rebeldes, máxime si presentan otros síntomas comunes a la hiperglucemia (prurito, adelgazamiento, sed, astenia, etc.), muy bien estudiados por Marañón en cuanto a su frecuencia en los casos incipientes de diabetes. Una vez comprobada esta suposición, instituiremos la terapéutica correspondiente.

La insulina y la dieta restringida en hidrocarbonados son tratamientos de una acción rápida y brillante en estos enfermos de neuralgias por hiperglucemias aglucosémicas (prediabéticas). La insulina, aun usándola en dosis moderada, como hemos hecho en nuestro caso, produce en poco tiempo una mejoría manifiesta de las crisis neurálgicas. (*Policlínica*, Agosto 1930.)

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.

LACTOLAXINE

FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
Sobre base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nattol Naleina.

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 8 Tubos de 8 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1ª Clase,
En-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).
SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

DEPOSITARIOS en ESPAÑA
E. y J. A. RIERA, Nápoles, 186, BARCELONA.

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 HYPERMINERALIZACIÓN
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

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

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, D^r PH. CHAPPELLE
8, RUE VIVIENNE, PARIS

Muestra y literatura :

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

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

Medicación dinamófora y regeneradora de los estados consuntivos. A base de fósforo, arrhenal, nucleinato de sosa y estricnina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

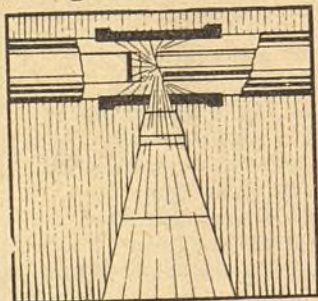
Tratamiento bismútico de las espiroquetosis en todas sus formas y manifestaciones. Perfectamente tolerable.

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

PHILIPS *Metalix*

¡AUSENCIA ABSOLUTA DE TODO PELIGRO DE ALTA TENSION Y DE RADIACIONES!

El aparato portátil Philips "Metalix" ha sido creado especialmente para el médico práctico, por lo cual, al construirlo, se concedió la mayor importancia a que fuese lo más perfecta posible la protección contra altas tensiones y radiaciones nocivas. El empleo del tubo "Metalix", de fama mundial, y la esmeradísima ejecución del aparato, garantizan una satisfacción plena de todos estos requisitos.



Protección perfecta contra radiaciones nocivas mediante pantallas interiores. Aislado y conectado debidamente a tierra para evitar todo peligro de alta tensión

Claridad máxima de la imagen, gracias al objetivo GOETZE, de foco lineal, de que esta provisto

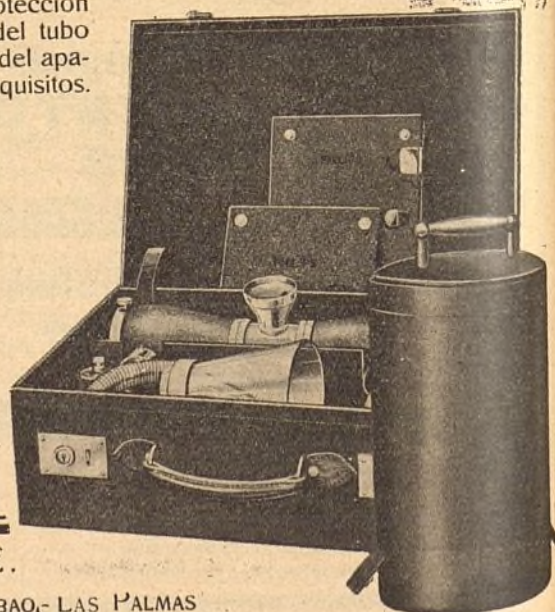
Puede conectarse sencillamente a cualquier enchufe de la luz.



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

PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

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



Ayuntamiento de Madrid

En tanto, Carlos, su hermano, estudió con tal fervor, que en varias ciencias doctor triunfaba, feliz y ufano.

ANTIPHLOGISTINE

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

Era señor de señores logrando puestos honrosos y adulado por donosos amigos y servidores.

Mas de remediar cansado de Andrés el misero porte, lo hizo llegar a la Corte, a su casa y a su estrado.

Allí resaltó el contraste de limpia y tersa figura con la vejez prematura de ruin y tosco desgaste.

Carlos con rostro expresivo, Andrés con vulgar semblante, éste tímido, ignorante, y aquél con dominio altivo.

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

Nunca infundieron recelos en que sospechar las gentes que seres tan diferentes fuesen hermanos gemelos.

En fin, su triste jornada cesó, quedando amparado como un inútil criado que no sirvió para nada.

Y, sin el menor reproche, el mayordomo altanero lo colocó de portero en el garaje del coche.

Del cuento, la moraleja demuestra que se empobrece, degenera y envilece quien del trabajo se aleja.

Que hay cambio de condición en lo físico y moral cuando influye en bien o en mal una u otra educación.

WENCESLAO BORRACHERO
Santiponce (Sevilla).

CARDIOETIL
y Cardioetil Estrícnico.
Inyectables de alcanfor puro.
Eter sulfúrico en solución oleosa.
Superior siempre al Ac. alcanforado.

DE ACTUALIDAD

SELLOS DE COLÓN

El 29 de Septiembre se ha puesto en circulación, con carácter oficial y pleno éxito, en la histórica ciudad de Sevilla, una preciosa colección de 35 sellos de Correos dedicados a conmemorar el descubrimiento de América y a enviar un efusivo y fraternal saludo de España a sus hijas de Ultramar, a toda la América, a todos los países de la hermosa lengua castellana, en ambos hemisferios. Se denominan «Sellos Colón».

Nuestro querido amigo y compañero el conocido escritor y periodista de Madrid D. Eduardo Navarro Salvador, encargado del servicio de Prensa, nos ha favorecido con sellos de los «doce» distintos dibujos que se destinan a la correspondencia postal ordinaria, a la del correo aéreo en general y a la del «Correo Aéreo Ibero América».

En la nueva emisión figuran por primera vez en España Cristóbal Colón, los

Pinzones y demás acompañantes en el primer viaje del año 1492; el embarco de los descubridores en Palos de Moguer; su desembarco en el Nuevo Mundo; las tres históricas carabelas que pasaron

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

triunfantes por el Océano Atlántico el glorioso pendón de Castilla, de los Reyes Católicos, y, además, el Monasterio de La Rábida, el histórico Santuario de la Raza.

Son bellísimos los nuevos sellos y merecen felicitaciones los artistas grabadores Sres. Sánchez Toda y Camilo Delhom, de Madrid; la Casa Warterlow and Sons, de Londres, la cual ha hecho de modo insuperable la estampación y producción, y, finalmente, cuantos han coadyuvado a esta novísima emisión para honor de España, y de gloriosas figuras de su historia nacional. Los filatélicos del mundo entero están de plácemes.

Septiembre de 1930.

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

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En San Juan (Alicante) ha fallecido la esposa del Dr. D. Francisco de P. Ivorra. A nuestro compañero y amigo, así como a sus hijos, le enviamos nuestro sincero pésame.

VACANTES

Por renuncia, la de m. t. de Sobrado (La Corniña), partido judicial de Arzúa, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.856; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—Ay., a 20 km. de la c. de p. y a 60 de la c. La estación más próx., Teijeiro, a 12 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Guijo de Avila (Salamanca), partido judicial de Béjar, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 665; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, unas 4.625 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 20 km. de la c. de p. y a 52 de la c. La est. más próx., a 3 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Villanueva del Rey (Córdoba), partido judicial de Fuenteovejuna, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 4.033; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 192; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 22 km. de la c. de p. y a 55 de la c. Ferrocarril.

—Por jubilación, la de m. t. de Callosa de Segura (Alicante), partido judicial de Dolores, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 9.992; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 190; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Méritos: apartado C., art. 1.º, apéndice Reglamento de Sanidad municipal. Haber prestado servicio en el Ay. y en Institutos o Sociedades benéficas.

Datos.—C. con Ay., a 44 km. de la c. y 12 de Dolores Carr. Ferr.

—Por defunción, la de m. t. de Los Barrios (Cádiz), partido judicial de San Roque, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 6.875; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 245; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Observaciones.—Instancias con timbre municipal.

Datos.—V. con Ay., a 11 km. de San Roque y a 108 de la c. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de m. t. de Villabrázaro, formando el partido con San Román del Valle (Zamora), partido judicial de Benavente, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.054; categoría 4.ª, familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, unas 5.000 pesetas.

Datos.—L. con Ay., a 7 km. de la c. de p. y a 5 de la est. más próx. Río.

—Por defunción, la de m. t. de Villacarrillo (Jaén), partido judicial de Villacarrillo, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 18.094; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Hay otras tres titulares.

Datos.—C., c. de p., con Ay. La est. más próx., Baeza, a 52 km.

(Continúa en la página siguiente).

—Por renuncia, la de m. t. de Peromingo; formando el partido con Valverde de Valdecasas (Salamanca), partido judicial de Béjar, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 915; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, 3.850 pesetas. Méritos.

Datos.—L. con Ay., a 9 km. de la c. de p. y a 58 de la c. La est. más próx., a 5 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Alameda (Málaga), partido judicial de Archidona, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 4.967; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 145; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, unas 2.400 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 30 km. de la c. de p. y a 80 de la c. La est. más próx., a 11 km. Carr. Río.

—Por jubilación, la de m. t. de Navalucillos, formando el partido con Robledo, Alares y Valdeacores (Toledo), partido judicial de Navahermosa, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 5.062; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Observaciones.—Acreditar especialización en análisis clínicos.

Datos.—L. con Ay., a 16 km. de la c. de p. y a 64 de la c. La est. más próx., a 30 km. Carr.

—Por renuncia, la de m. t. de Valencia del Mombuey (Badajoz), partido judicial de Jerez de los Caballeros, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.096; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 130; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 36 km. de la c. de p. y a 79 de la c. La est. más próx., a 60 km. (Fregenal de la Sierra).

—Por renuncia, la de m. t. de Villaverde de Madrid (Madrid), partido judicial de Getafe, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 5.970; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 6 km. de la c. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de m. t. de Machacón, formando el partido con Villagonzalo de Tormes (Salamanca), partido judicial de Alba de Tormes, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 779; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 21; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, unas 140 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 14 km. de la c. de p. y a 13 de la c. La est. más próx., a 10 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Camarma de Esteruelas y un anejo (Madrid), partido judicial de Alcalá de Henares, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 547; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Igualas, unas 3.000 pesetas.

Datos.—V. con Ay., a 7 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y a 42 de la c.

—Por renuncia, la de m. t. de Noblejas (Toledo), partido judicial de Ocaña, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.262; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 153; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 50 km. de la c. y a 5 de la c. de p. Carr. Río Tajo. Ferr.

—Por nueva creación, la de m. t. de Archena (Murcia), partido judicial de Mula, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 0.067; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 280; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 21 km. de la c. de p. y a 22 de la c. Carr. Ferr.

—Por renuncia, la de m. t. de Arrecife (Las Palmas), partido judicial de Arrecife, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.003; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—C. de p., con Ay. Carr. a Yaiza.

—Por renuncia, la de m. t. de Santibáñez el Alto (Cáceres), partido judicial de Hoyos, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.014; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 16 km. de Hoyos y a 80 de la c. La est. más próx., Plasencia, a 30 km.

—Por nueva creación, la de m. t. de Jaraicejo (Cáceres), partido judicial de Trujillo, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.378; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 75; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Guardia civil.

Datos.—V. con Ay., a 75 km. de Trujillo y a 65 de la c. La est. más próx., Casatejada, a 30 km.

—Por renuncia, la de m. t. de Marchena (Sevilla), partido judicial de Marchena, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 15.309; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Observaciones.—Hay otras tres titulares.

Datos.—V., c. de p., con Ay., a 50 km. de la c. Ferr.

—Por renuncia, la de m. t. de Aceituna (Cáceres), partido judicial de Hervás, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 670; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Méritos: Regl. Sanid. M., ap. C., art. 1.º

Datos.—L., a 43 km. de la c. de p. y a 77 de la c. La estación más próx., Oliva, Villar y Plasencia, a 20 y a 22 km.

—Por concurso anterior nulo, la de m. t. de Montehermoso (Cáceres), partido judicial de Plasencia, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.856; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 29 de Noviembre.

Observaciones.—Hay otro titular.

Datos.—L. con Ay., a 25 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx., y a 66 de la c.

(Continúa en la pág. XVIII.)

JARABE de DIGITAL LABELONYE
EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO
CONTRA LAS DIVERSAS
AFECCIONES del CORAZÓN, HIPOFESIAS
TOSES NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, 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 per el Dr. Gonzalo R. Lafora.

En las

Bronquitis crónicas
Gripe

Tuberculosis

Constipados descuidados.

Tos res rebeldes Asma.

Una cucharada de las de sopa

por la mañana á medio día y por la noche de

JARABE FAMEL

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

Muestras á disposicion de los Sres. Médicos
Agentes Generales para España
CURIEL Y MORAN Aradón 526 Barcelona

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

AGUAS MINERALES NATURALES
DE

CARABANA

"LA FAVORITA"

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID
Ayuntamiento de Madrid

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.



ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1868.

—Por nueva creación, la de m. t. de Camargo (Santander), partido judicial de Santander, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.550; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Datos.—L. con Ay., a 8 km. de la c. La est. más próx., Maliaño.

—Por renuncia, la de m. t. de Mon.
(Continúa en la página siguiente.)

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.

Ayuntamiento de Madrid

esterilizado, para evitar la acción directa del aire y del contacto de la mano sobre la piel del feto, por el motivo que ya hemos dicho y repetido de que se pueden provocar de este modo movimientos inspiratorios. Tras del tronco se desprenden los hombros; unas veces es el primero que se desprende el hombro anterior y otras es el hombro posterior. Pero no siempre ocurren las cosas de una manera tan sencilla, sino que en muchos casos, cuando ya se han expulsado las nalgas quedan todavía retenidos en la parte superior de la pelvis materna los hombros y los miembros superiores. En caso de que esto suceda es preciso que el tocólogo tenga gran cuidado para no cometer una imprudencia.

Antes de hacer tracción alguna sobre las partes del feto que ya tiene en la mano debe asegurarse de la posición en que se encuentran los miembros superiores, porque si estos miembros están deflexionados, si se encuentran en extensión a lo largo de la cabeza, crean un obtáculo casi invencible a la expulsión de ésta, y si se encuentran en flexión y sin más ni más se tira del tronco, es lo más probable que se deflexionen. He aquí, por tanto, la norma de conducta prudente: la expulsión espontánea se detiene con medio cuerpo del feto fuera, se irá a buscar uno de los miembros superiores, el que sea más accesible, según la posición del feto, y cuando la mano del médico toca la del niño, se apoderará del antebrazo de éste y le hará descender hasta la vulva. Lo mismo hará a continuación con el otro antebrazo. No hace falta llegar a tocar la mano del feto; basta tener la seguridad de que se toca el codo.

De esta manera, saliendo las manos por la vulva y teniendo cuidado de sujetarlas en caso de que hubiera que hacer, justificadamente, alguna tracción del feto, no habrá peligro alguno. Si los miembros superiores se encontraran en deflexión, lo que habrá sucedido muchas veces cuando se han hecho tracciones intempestivas entre las contracciones uterinas, es preciso introducir los dedos en la vagina para ir a la busca del hombro más accesible, que en numerosos casos es el posterior. Cuando se le ha llegado a alcanzar, se introducen a lo largo de él los dedos pulgar, índice y

de la presentación incompleta. En el primer caso, el tocólogo, si tiene ocasión de observar a la mujer hacia el final del embarazo, debe procurar transformar la presentación de nalgas en una presentación de vértice por medio de una versión por maniobras externas. Esta operación suele conseguirse siempre, si se intenta con paciencia y repitiendo los ensayos con varios días de intervalo, en caso necesario tras de la anestesia por el cloroformo. En cuanto a la utilidad de hacer esta maniobra, se puede decir que al lado de los que exageran los peligros del parto de nalgas y, por tanto, insisten en que se intente la versión en todos los casos y sin dejar de repetir los ensayos hasta que se consiga o se demuestre que es rotundamente imposible, existen los que creen que el feto corre poco peligro en el parto de nalgas y, por tanto, que la versión aludida es de escasísima utilidad.

Sin duda, el peligro del feto es mayor que en la presentación de vértice, y, por tanto, la versión se debe ensayar en todos los casos, pero lo que no hay que hacer es insistir con una tenacidad que llegaría a ser peligrosa para la vida del feto especialmente en los casos en que la presentación de nalgas se encuentra ya parcialmente encajada, teniendo en cuenta que en esos casos es preferible esperar al parto de nalgas y proceder en él con la debida prudencia, con lo cual seguramente no se causará al feto perjuicio alguno. En cuanto al momento más a propósito para realizar esta versión es evidente que si se hace muy pronto, por ejemplo, en el séptimo mes del embarazo, la versión resultará muy fácil, pero como en ese momento no hay medio de mantener el feto en la posición en que se le colocó, el efecto conseguido desaparece en seguida, y el feto se vuelve a colocar en la posición de nalgas.

Por el contrario, si se espera a que el embarazo se encuentre ya muy avanzado, el feto no tendrá sitio suficiente para evolucionar y los intentos de versión fracasan. Generalmente el momento más oportuno es el octavo mes, si bien ya se sabe lo difícil que es determinar exactamente la edad de un embarazo. Lo más conveniente es reconocer a la mujer de cuando en cuando en los meses séptimo y octavo, ha-

cer la versión y repetirla al cabo de unos días si el efecto conseguido con ella desapareció. La pequeña molestia que con esto se ocasiona queda perfectamente compensada con el logro de la presentación de vértice.

Cuando el médico acude en el momento en que ya el parto se ha iniciado, en algunos casos podrá intentar todavía la versión por maniobras externas, pero para ello es preciso que no se hayan roto las membranas y que la dilatación sea menor del tamaño de una moneda de 5 pesetas. Las maniobras deben ser muy suaves, y si se tropieza con alguna dificultad se suspenderán definitivamente. Si las membranas están rotas se desistirá desde luego de todo intento de maniobras de versión. En este período se corre en efecto el peligro de transformar, en el intento de versión, una presentación de nalgas en una presentación de hombro, lo que sucedería con toda facilidad si mientras se está haciendo la versión surge una contracción uterina.

Una vez que el parto ha de ser definitivamente de nalgas se tendrá presente que el parto en esta presentación es inevitablemente largo, que el encajamiento se hace con dificultad. Se hará escrupulosamente la desinfección de los órganos genitales externos y de la vagina, porque en cualquier momento puede ser necesario intervenir. Hay que vigilar la vida del feto por medio de la auscultación, que se hará cada cinco minutos, aparte de que muchas veces los movimientos reflejos que se producen en los pies del feto al contacto con el aire exterior indican que está vivo. No es conveniente tratar de provocar estos movimientos por medio de excitaciones de la piel porque con frecuencia se pueden provocar al mismo tiempo movimientos inspiratorios prematuros. Se preparará asimismo todo lo que sea necesario para reanimar al feto si al nacer se encuentra en estado de muerte aparente.

Por lo demás, conviene tener presente que la lentitud con que progresa el parto es conveniente para la mayor facilidad de la terminación del mismo, porque son las nalgas las que, tras de haber provocado la dilatación del orificio uterino, han de provocar la de las partes blandas. No se

intervendrá, por tanto, para acelerar esta expulsión más que en dos circunstancias: si el feto padece o si, por la posición en que se encuentran las nalgas, se comprende que ya no pueden contribuir más a la dilatación de las partes blandas.

Es prudente colocar a la mujer, en cuanto las nalgas aparecen en la vulva, transversalmente en la cama, con los pies mantenidos por un ayudante o apoyados sobre dos sillas y repetir el lavado con una solución desinfectante de los genitales externos. Si se observa que alguno de los pies tiene mucha dificultad para salir, se le ayudará colocando los dedos en forma de férula, pero librándose muy bien de hacer tracción alguna sobre el que provoque la deflexión del miembro a que pertenece.

En la presentación de nalgas completa se ve el periné distenderse fuertemente y amenazar rotura, sobre todo cuando apoyan sobre él las partes fetales pequeñas e irregulares que hacen presiones localizadas. Se protegerá el periné aplicándole los dedos en la misma forma que se dijo al tratar de la presentación de vértice y procurando desplazar hacia la vulva las partes fetales pequeñas.

Cuando han aparecido en la vulva las dos caderas del feto, se busca el ombligo para tirar suavemente del cordón a fin de hacer salir una parte de él, que formará un asa. No tiene esta maniobra por objeto evitar la compresión, sino la tirantez. Además, si, al seguir la expulsión del feto, el cordón queda fijo, quizá por ser muy corto el cordón se tratará de hacer una nueva asa y, si no se consigue, se ligará y se seccionará el cordón, puesto que, de lo contrario, se puede dar lugar a una desinserción parcial de la placenta, o a la desinserción del cordón a nivel del orificio umbilical o a un principio de inversión uterina si el cordón es resistente y la placenta se encuentra muy adherida al útero.

Según se va desprendiendo el tronco del feto conviene sostenerle con una mano, pero solamente para evitar que la acción del peso altere la buena posición del mismo, librándose bien, en cambio, de ejercer sobre él la menor tracción. Conviene asimismo cubrir esa parte del cuerpo con un paño

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

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL MANGAN-ARSENIL

Salicilato sosa. Cacodilato de manganoso.
YODURO potasa. Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26 VALENCIA

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

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, 38, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

Esas, Agradable é inofensivo.

BENGALAI

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA

De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap^a 229.

A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS



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) Depositario: D. RAMÓN SALA - Paris, 174

Pildoras Quoralinizadas de Belladonna, Valeriana y Papaverina

tejaque (Málaga), partido judicial de Ronda, con el haber anual de 1.750 pesetas. Población, 208; categoría 3.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 158; instancias hasta el 24 de Noviembre.

Datos.—V. con Ay., a 66 km. de la c. y a 10 de la c. de p. Carr. Ferr.

Médico rural se ofrece por dos meses o más tiempo. Dirigirse a D. Manuel Martínez, Santo Domingo de la Calzada (Logroño)

Practicantes.

La titular y servicio de un anejo de 45 habit., a 3 km. de la matriz. Sueldo, 2.500 ptas.; puede contratar iguales con los pudientes del pueblo matriz de 300 vecinos. Solicitudes hasta el 17 de Noviembre al señor médico titular de Treviana (Logroño).

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO

(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)

CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA

Adultos: de 6 à 10 grageas
ò 3 à 5 cucharadas de las de café
de granulados

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

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA, DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

Laboratorios de los "Produits Scientia" D^e E. Perraudin * F^o del 1^a Clase, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e

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.—Cronicon obligado, por el Dottore Balcarado.—Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—El problema de la Facultad.—Colegio de Huérfanos.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Tertulia médica.—Vacantes.—Por las olímpicas de Europa.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Fiesta onomástica, 4 de Noviembre.—Elecciones en la Academia Médico-Quirúrgica.—Sensible pérdida.

Con el corazón henchido de emociones, el cerebro agitado en sus recuerdos contrapuestos de alegrías y tristezas, y el alma siempre resignada en espera del fin a que la providencia la destine, nos encarga nuestro octogenario director, D. Carlos María Cortezo, que manifestemos públicamente su reconocimiento y sentida gratitud ante las expresiones honrosas, sentidas, espontáneas de que ha sido objeto con motivo de la celebración del día de su santo.

Quiere hacer públicas con una expresión de conjunto, porque ellas en su número, por la solemnidad de las unas, por la intimidad de otras y por la veracidad de todas, imponen y requieren el ser contestadas, exigiendo lentitudes inexcusables que pudieran ser atribuidas a falta de correspondencia, que está muy lejos de inspirar la conducta siempre correcta, al propio tiempo que efusiva, de nuestro amado director.

Con efecto, desde la honrosa y especial felicitación de S. M. el Rey hasta la del más pequeño de los huérfanos del Colegio por el «abuelo» presidido y amparado; desde los consejeros a quienes hoy preside hasta algunos de los individuos que en altas Corporaciones dirigió; desde el raro condiscípulo *coetáneo* que en remota región le recuerda los tan lejanos días de convivencia en el aula hasta el actual discípulo oficioso a quien ejercita diariamente en idiomas extranjeros o en prácticas pedagógicas, todos, jefes, subordinados, amigos, entusiastas espontáneos, nietos por la sangre o nietos por el corazón y damas distinguidas acudieron a estrechar sus manos, besar su frente, a abrazarle sollozando y a llenar literalmente de flores su habitación de *estudiante perpetuo*; y desde las ocho de la mañana hasta que al ver rendida su férrea naturaleza psíquica e intelectual se le dejó dormido a las doce de la noche, se disputaron el placer de escuchar su unas veces alegre, otras melancólica, siempre amena charla.

Con placer nos hacemos eco de sus sentimientos de respeto y agradecimiento en los diferentes matices en que él nos lo encarga, todos los cuales, como una irisación reconcentrada en luz única, se reducen a un solo matiz: el del amor agradecido.

* *

La Academia Médico-Quirúrgica celebró su reunión reglamentaria para la elección de determinados cargos, y, dentro de la más cordial animación, resultaron designados en el escrutinio los señores siguientes: para vicepresidente segundo, el eminente y laborioso Dr. Piga, y para los otros puestos los Sres. Dionisio Herrero (cirujano), Mirabé (urólogo), Bermejillo (médico y auxiliar de la Facultad de Medicina).

Este acto, que a primera vista no es sino un cumplimiento de preceptos reglamentarios, es muy digno de sereno y sincero aplauso. La siempre joven Corporación demuestra estar penetrada por un espíritu que sería muy provechoso al propagarse a otras científicas y profesionales; tal espíritu es el de la renovación y alternativa en los puestos directivos, que, después de todo, significaría el reconocimiento mutuo de la capacidad de los que deben considerarse como iguales, huyendo del acaparamiento y el monopolio de los cargos, que, sin que nadie se lo proponga, viene a ser en cierto modo ofensivo dentro de cada Corporación. Por la presidencia y por los puestos electivos de la Academia Médico-Quirúrgica hemos visto pasar con verdadera complacencia a las personas encargadas por lo relevante de sus méritos, por las simpatías de su personalidad y por el reconocimiento de su valer, sin luchas ni laboriosas designaciones. En cambio, cuando en alguna otra Institución, por un movimiento hidalgo y absolutamente personal, se ha querido iniciar este laudable procedimiento, ha parecido tan inverosímil que, aun anunciado y sostenido vigorosamente con meses y años de anticipación, no quiso creerse en él y parecieron más naturales interpretaciones que, si no hubieran sido ridículas, hubieran sido ofensivas, si el buen sentido general y el tiempo no

hubiesen venido a demostrar lo que tenían de plausible.

* *

Recibimos con doloroso sentimiento la noticia de haber fallecido en esta corte, después de larga enfermedad, el anciano médico del Hospital General D. Simón Hergueta y Martín de Pedro. Ligado a nosotros por una amistad de la juventud y una convivencia de larga vida profesional, es bien natural que su muerte nos produzca el dolor que hacemos público.

El Sr. Hergueta, que comenzó por los años del 72 y 73 a darse a conocer como asiduo y concienzudo alumno ayudante de su inolvidable tío D. Ezequiel Martín de Pedro, fué por oposición médico de Sanidad Militar, y luego ingresó, por el mismo procedimiento, en el Cuerpo de la Beneficencia provincial, al que ha continuado perteneciendo hasta su muerte. Elegido académico de número de la Real de Medicina, dió siempre muestras de su inteligente laboriosidad y su cultura médica en el seno de esta Corporación.

En el conjunto de su personalidad se dibujó siempre el tipo cabal del clínico observador profundo y el médico de numerosa y distinguida clientela, por todos estimado, y que ciertamente será también llorado por muchos. A su distinguida familia llegue la expresión de nuestro duelo.

DECIO CARLAN

CRONICÓN OBLIGADO

Tenorios para zorrillas.

¡Ha pasado Don Juan!

Este año, como cada otro, al llegar las calendas noviembriles... ha pasado Don Juan.

El ánimo inquieto de los españoles no concibe pasen trescientos sesenta y cinco días sin discutir la nacionalidad de Cristóbal Colón y la psicobiopoesía de Don Juan.

Por fortuna para todos, aún no ha resuelto nada en ambos casos todo el acervo voluminoso y liviano de investigaciones, interpretaciones, inspiraciones y divagaciones en estos temas laboradas.

El hombre que se esfuerza por vivir sin trabajar es quien más afanosamente trabaja, y las inteligencias de limitados alcances son las que más analizan los temas. Esto es viejo. Más suda un vago que diez segadores, y mejor descomponen la vida un Muñoz Seca que un Milton.

¿Os imagináis a Aristóteles, Alejandro, Jesús, Miguel Angel, Shakespeare..., haciendo histología? ¿Verdad que no? Durante nuestros últimos tiempos la humanidad ha querido ver lo infinitamente grande en lo infinitamente pequeño, y el espíritu de descomposición, de análisis, va camino de convertir a la humanidad en un rebaño de necios incapaces.

Yo estoy asombrado de que resulte ahora que el hombre es un ser inferior biológicamente, y que, según la última palabra de la genología, no somos más que *bichos*

frustrados, degenerados, faltos del desarrollo y perfección necesarios para dar aullidos, trepar a los árboles y poder-nos cazar las pulgas entre las piernas a golpe de incisivos.

Lo lamentable de todo esto es que profunda y filosóficamente sea cierto.

El otro día, y preocupado como ando con estas meditaciones morfofisionómicas, contemplaba la fotografía de un personajillo que pasa por sabio entre nosotros, y al meditar acerca de su cara de cura burro, me decía que, en efecto, para reconocer en la humanidad una superioridad de especie nos falta saber qué opinan de esto las golondrinas y los sapos.

Ha pasado Don Juan, y como es viejo amigo mío, he salido a esperarle con una escalera, como se apercebe quien va al encuentro de los Reyes Magos.

Pero Don Juan no venía por los aires. Don Juan ha caído en manos de los *consumeros* y le han decomisado la guzla, le han amordazado, y, matando de una patada a Ciutti, le trajeron arrastras por el polvo vil de las calzadas, amasado al sol con estiércol y orines de caballerías y salivazos de arriero.

Destrozada su indumentaria, en jirones lo que fué gabán de tisú de plata floreada, desgarradas las afolladas mangas, abierto el ante fino del colete y hechos falda los gregüescos y ceñidas calzas; su epidermis tachonada de sangre y de sucios surcos abiertos a zarpazos por los guijos, envenenado de tétanos y castrado por el sadismo de la impotencia déspota de los dictadores científicos.

¡Ha pasado Don Juan!

Ante mi asombro al verle, soñé que alzó su mano nerviosa y fina y me envió un saludo que no fué un adiós. Don Juan está seguro porque se conoce y nos conoce a todos mucho mejor que pretendemos conocerle.

Y así Don Juan no se arredra
por esos fantasmas vanos
de unos cerebros insanos
con idearios de piedra.

Por eso yo creo que ese pingajo tan humano que se pasea hasta la picota no es ni ha sido nunca Don Juan.

¡Ha pasado Don Juan!

Me voy a casa triste y desolado. Sobre mi mesa espera un libro que ingenió el joven e inteligente Royo Villanova: *Los médicos donjuanes*. ¡Me acomete un hipo de melancolía! «Dada la avalancha de médicos que en Junio, Septiembre y Enero vierten nuestras prolíficas Facultades de Medicina y el ambiente relajado de arraigada corrupción en que ahora se desenvuelve el ejercicio profesional, propicio a la pululación de un sinnúmero de médicos tenorios, puede decirse que el donjuanismo médico está a punto de constituir una plaga, si es que ya no constituye una verdadera peste social».

El delicioso libro de Royo Villanova es como un conventito abandonado en que la puerta es arco románico y clave de ese arco este sillar anatemático. En el Don Juan de Royo Villanova, la novicia pura y casta, sorprendida y agitada por los males del mundo, es el propio autor. Pero nosotros vamos a tranquilizar a Royo Villanova diciéndole que es cierto cuanto dice, por desdicha del mundo médico, pero que eso no es donjuanismo. Un hombre de su talento no es justo que caiga en tamaña confusión.

¡No fuera malo que los médicos acusados por Royo Villanova fueran realmente donjuanes! ¡Siquiera un poquito donjuanes! No son sino vulgarísimos villanos. Canalla bien distante del mérito de la exaltación ni del reproche que no sea desprecio.

FOLICULINA MENFORMON



MUESTRAS Y LITERATURA
E.F.E.Y.N.
APARTADO
9009

HORMONA OVARICA PURA EN AMPOLLAS
DE 40 UNIDADES Y GRAGEAS DE 100 Y 500
UNIDADES

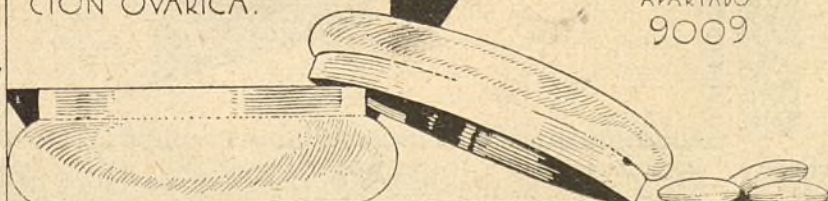
INDICACIONES: CASOS GRAVES O AVANZADOS DE HIPO O DISFUNCION OVARICA

DYRON

HORMONA OVARICA
EN TABLETAS
SEGUN EL METODO DEL
PROF. ZONDEK
CON UNIDADES DE
FOLICULINA

INDICACIONES:
TODOS LOS
CASOS DE HIPO O DISFUN-
CION OVARICA.

MUESTRAS Y LITERATURA
E.F.E.Y.N.
APARTADO
9009



OVOWOP

Ayuntamiento de Madrid



Sabido es que las relaciones clínicas del estreñimiento son muy extensas; pero, el estreñimiento en sí no siempre se manifiesta claramente. La actividad visceral, cuyo resultado es la evacuación, puede ser regular en cuanto al tiempo, pero incompleta por lo que se refiere a la cantidad de residuos expulsados. La eliminación parcial, por lo mismo que engaña, puede ser aún más peligrosa que la retención total. Muchos casos de anemia, dolores de cabeza y otras

algias, trastornos menstruales, etc., van asociados y aun son debidos exclusivamente a una disminución de la actividad nerviosa, glandular o muscular con la consiguiente peristalsis defectuosa. La «Sal de Fruta» ENO constituye en tales casos un valioso recurso terapéutico. De un modo suave y natural, corrige la atonía intestinal. Por su sabor agradable y refrescante, los enfermos lo toman con placer y muchos médicos lo usan regularmente

"SAL DE FRUTA" ENO ("FRUIT SALT")

MARCA

REG.

El Concesionario de la «Sal de Fruta» ENO tendrá sumo placer en remitir gratuitamente un frasco a todo médico que lo solicite.

Federico Bonet / Apartado 501 / Madrid



Don Juan exagera en algunas expresiones o, mejor dicho, no exagera, se le interpreta mal. Del uno al otro extremo de la escala social ha pasado un Don Juan, el de cada peldaño; pero no puede estimarse el Don Juan sin moverse de la ruin barca, porque mecida en tal ambiente una imaginación y un deseo femeninos viven entre príncipes.

Yo puedo asegurar a Royo que nada hubo ni hay más ridículo que un médico que *donjuanea*. Porque son muy contados los que están capacitados para ello.

No hay que confundir las conquistas de moza de hospital, de comadrona baqueteada o de vieja anacrónica, con los amoríos de Don Juan. No hay que confundir los desmanes de quienes son por exceso venéreos y libidinosos a impulso de basura de su sangre, con el arrollador huracán levantado por un espíritu romántico, grande, lírico en su esencia, al servicio de un cuerpo noblemente constituido por las naturales galas de una normalidad de macho fisiológico.

La moral sexual ante la ciencia no existe si no se llama normalidad, y quien quiera interpretar la biología poniendo encima la cuadrícula estatutaria de una moral cualquiera, mismo sea ella tan grande como la de Jesús, acabará contribuyendo a todas las inmoralidades biológicas.

Yo no temo a los médicos donjuanes, ni yo ni ningún padre ni esposo que esté en el secreto vulgarísimo de todo esto. Ninguno de esos médicos donjuanes es capaz de nada de lo que hizo Don Juan. ¿Os acordáis del aprendiz de mago del poeta de Weimar? Pues más llanamente os digo que, si valen los juegos de vocablos, esos son Tenorios para *zorrillas*, pero no son burladores de *tirso*.

«El seductor fracasa porque teme el amor, y el que teme al amor es porque teme a la vida y el que tiene miedo a la vida es porque está ya medio muerto...»

¿Cómo después de escribir tan bellísimas frases puede Royo Villanova llamar donjuanes a los médicos que tan admirablemente retrata?

Hace cosa de un año, la crónica *reservada* de sucesos registró un hecho triste: un caballero acudió ante los tribunales de... (no recuerdo dónde) para denunciar a cierto médico que, al amparo de la penumbra exploradora, se entregó a maniobras de una ridícula lujuria con cierta muchacha hija del denunciante. Un verdadero azar me llevó a conocer al delincuente. Era un tipo ridículo, con el rostro bajamente estigmatizado por esos avillanamientos raciales que no puede disimular ninguna compostura. Aquel hombrecillo lo mismo podía haber sentido alterarse las cacas de su sangre en el ejercicio de nuestra santa profesión que en los pasillos del W. C. de un presidio.

¿Cree usted, amigo Royo, que puede llamarse Don Juan, ni seductor, a un tipo de esa especie?

Si la seducción se hiciera por el tacto, no habría peluquero, amasador ni callista que no fuese un Don Juan. ¿Quién supone a Don Juan en la plataforma de un tranvía o en las apreturas de una revista o las obscuridades de un cine? Don Juan no se llega más que a la mujer convencida, entregada; no es brasero, es hoguera.

Yo no protesto, amigo Royo, contra la crítica del mal que usted tan acertadamente señala y enjuicia; yo protesto porque se diga que es Don Juan esa piltrafa que arrastran por las calzadas los consumidores pseudocientíficos. Esa es la sombra eterna del espíritu de Chico; pero no es la psico-biopsia del burlador de Sevilla.

¿Sabéis por qué? Porque Don Juan es una perfección y como tal no ha existido. Don Juan es la creación men-

tal de un hombre (Tirso de Molina) excesivamente influido por las esencias creadoras del alma femenina.

Don Juan es el ensueño de Eva desengañada eternamente, y si Don Juan fuese como con torpeza se le analiza, no existiría ya, precisamente porque existiría demasiado.

No hay que estudiar a Tirso, ni a Molière, ni a Byron, ni a Zamora, ni a Zorrilla; hay que estudiar a Don Juan, y ése sólo se estudia en las mujeres, que son las únicas que pueden decirnos cómo es *realmente*.

Y en esta inquisición hay que ser cautos. La mujer siempre fué endiabladamente embustera y vengativa. Nunca dirá más verdad que aquella que le conviene, y tratará de imponer su falseado juicio aun con su propia pérdida por resultante.

Recordad el mito de Salmacis convirtiendo la divina normalidad del hijo de Hermes y de Afrodita en un ente de feria.

Las mujeres, en un noventa y cinco por ciento, dirán públicamente que prefieren la inteligencia a la belleza en el hombre.

No hagáis demasiado caso. Las mujeres sólo llaman inteligente al hombre que les gusta porque brilla; pero el hombre genial que hiciese gala sólo para ella de su talento, sería y será despreciado.

Josefina desdeñaba al oficial, ponía los cuernos al general y lloraba al emperador.

Tampoco hay que confundir la resignación con la conformidad. En las mujeres son infinitas las resignadas y muy pocas las conformadas con su Don Juan, a quien precisan todos los días llevar las zapatillas y el pijama, diciéndose que le llevan la polaca y las botas a la flamenca. Aun cuando sea la misma fea del bote.

Yo, que estoy muy lejos de suponer a las mujeres *iguales* a los hombres en derechos y en deberes, las estimo, sentimentalismo aparte, superiores en valores espirituales.

La mujer nunca será capaz de analizar a Venus hasta extremos que la lleven a confundir a Cleopatra o a madame Bobary con una hembra de alquiler.

Créame el ilustre profesor de Valladolid: estamos en ridículo ante las mujeres, pues no salimos de analizar los Tenorios para *zorrillas* y Don Juan es un burlador de *tirso*.

DOTTOR BALOARDO.

2 Noviembre 1930.

Asociación de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

Reunidos bajo la presidencia del excelentísimo señor director general de Sanidad, y después de amplio cambio de impresiones sobre las peticiones formuladas por el Comité ejecutivo, se ha establecido una armónica colaboración para conseguir rápidamente algunas de las reformas que a juicio de los reunidos representan grandes beneficios para la clase médica titular y para cuya implantación se cuenta con el decidido apoyo de la Dirección general de Sanidad.

Los excelentísimos señores ministro de la Gobernación y director de Administración, a los que han visitado los reunidos, han acogido cordialmente las peticiones, ofreciendo a los titulares las máximas facilidades para la consecución de las mismas.

Los firmantes, que tienen la impresión de que las peti-

ciones formuladas tendrán pronta realidad en las columnas de la *Gaceta*, juzgan que las disposiciones que han de plasmarlas darán mejor cuenta de su alcance y valor que la que pudiera dar su enumeración en una nota.

No obstante, cuando las citadas disposiciones hayan sido publicadas, se dará cuenta al Cuerpo de Médicos Titulares de las dificultades vencidas, de las colaboraciones acordadas y de las facilidades obtenidas.

Madrid, 29 de Octubre 1930.

Pedro Arilla (por delegación), Francisco Ayuso, Leandro González Soriano, José Quemada (por delegación), Pelayo Martorell, Alfredo Canal, Ubaldo Alvarez Ruiz, Nicolás M. Cirajas, Araceli Carrasco, Joaquín Ruiz Heras, Alejo Diz Jurado, Guillermo de Gorostiza.

SECRETARÍA

Señor presidente de la Junta provincial de

Mi querido amigo: La Real orden del Ministerio de la Gobernación núm. 1.044, de fecha 29 del corriente, autoriza a los médicos titulares para formular las reclamaciones que estimen pertinentes con referencia a los proyectos de clasificación de plazas.

Habida cuenta de las dilaciones a que obliga la tramitación de las mencionadas reclamaciones, le ruego procure dar la mayor publicidad a la citada Real orden, y recomendar a los compañeros de la provincia que formulen las reclamaciones que estimen pertinentes a la mayor brevedad, con objeto de evitar que las reclamaciones formuladas por nosotros retrasen la aprobación de los proyectos.

De usted afectísimo seguro servidor y amigo, Pelayo Martorell (secretario).

Madrid, 31 de Octubre de 1930.

EL PROBLEMA DE LA FACULTAD

Reproducimos del semanario *Nueva España*:

«EL COMPAÑERISMO CLAUSTRAL

Las organizaciones estudiantiles que se agrupan en las F. U. E. inician una campaña que puede abarcar bajo el rótulo «Revisión del profesorado». El solo título indica la actitud analítica en que los alumnos van a colocarse respecto a los profesores.

Es necesario que ese mirarse frente a frente, no lo sea de hito en hito. Y a esto parecen propender algunos profesores, celosos de lo que creen su inmarcesible imperio docente. A lo menos así lo han mostrado en el primer caso en que la voz estudiantil ha señalado a un profesor, y no precisamente en lo que concierne a su valer magistral, sino a su actuación como autoridad académica.

Nos referimos al caso del Dr. Recasens, a quien la Asociación Profesional de Estudiantes de Medicina acaba de pedir la dimisión del decanato.

No interesa ahora acendrar la justicia de tal demanda. Lo que interesa destacar es la actitud asumida por los claustres en el primer caso en que los estudiantes muestran desafecto a los modos de un catedrático. El ademán con que acudieron a ponerse a su lado aflora del más ciego concepto del «compañerismo». De ese compañerismo por obra del cual las Juntas de Facultad, ni los claustros universitarios, ni las autoridades, han sido capaces de remediar ninguna de las faltas notorias en que han incurrido no pocos profesores.

Lo rápido de la adhesión a la persona del decano de Medicina, apenas promovido su cese por los estudiantes, preséntala como réplica gremial; esto es, réplica de quienes ven la Universidad escindida en profesores y alumnos. Muy otra hubiera sido la actitud de esos claustres si en vez de haber pensado en la solidaridad profesional, hubieran pensado en la necesaria solidaridad universitaria. Tal vez su discrepancia con la petición de los alumnos hubiese sido la misma; pero habrían pensado que su obligada función era reducir la discrepancia, y no agruparse en torno a la autoridad recusada con aire que, quierase o no, ha de parecer bélico a los estudiantes.»

COLEGIO DE HUÉRFANOS

Don Federico Jiménez Sierra nos ha dejado en libertad de hacer entrega de 5 pesetas sobrantes de un giro que nos remitió, y las entregamos como donativo al Colegio de Huérfanos.

El director del Bañeario de Alange, D. Julián Adame, nos ha remitido 20 pesetas, recaudadas en el cepillo colocado en la consulta de dicho Bañeario.

Don Enrique Rocandio nos ha enviado 5 pesetas como donativo para el Colegio y ocho vales de certificación con el mismo fin.

Don Angel Díez Martín nos ha remitido 5 pesetas como donativo y 2 para la suscripción de *El Huerfanito*.

Muy agradecidos.

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

Dispensario Martínez Anido. Ciclo de conferencias organizado por su director, el Dr. Fernández de la Portilla.

El pasado viernes, bajo la presidencia del inspector general de Sanidad interior, Dr. García Durán, celebró la segunda de las conferencias del cursillo de orientación antivenérea, organizado por el Dr. Fernández de la Portilla.

El Dr. Valdés Lambea fué el encargado de ocupar la cátedra en este día, y el tema anunciado era «El terreno venéreo en Fimatología».

Comenzó dedicando un saludo y mostrando su agradecimiento a los asistentes. Dedicó frases de elogio al Dr. Portilla y a la labor realizada por el Dispensario antivenéreo Martínez Anido, que junto con las tareas clínicas cultiva una labor docente de elevadísimas tendencias. Igualmente encomió las figuras de los Dres. Hinojar, Rozabal, Romeo, Cifuentes y Goyanes, que han tomado o tomarán parte en el presente curso en el plan divulgador que el Dispensario comenza a realizar. Rebasando la técnica puramente médica, el profesor Jiménez Asúa hablará en su día de los problemas jurídicos de la lucha antivenérea.

Inmediatamente penetra en el tema de su disertación, que a última hora ha decidido circunscribir únicamente al estudio del complejo clínico sífilis y tuberculosis, para analizar las posibles relaciones e influencias que pueden establecerse entre ambos procesos y las modalidades terapéuticas que deben emplearse en cada caso.

La sífilis pulmonar no ha sufrido un aumento de frecuencia como podría deducirse del mayor número de casos que actualmente se observan. Lo que ocurre es que actualmente se diagnostican mejor y, sobre todo, se piensa consistentemente en su posible existencia. De todos modos pa-



rece que si no son muy frecuentes, tampoco son excepcionales.

Con este motivo refiere el caso de una mujer de cuarenta años que tenía una sintomatología de aparato respiratorio (tos, disnea, expectoración abundante y hemoptisis) unida a una gran desnutrición y a signos estetoscópicos y radiográficos, tales que se imponía el diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Dada la falta de intoxicación correspondiente, así como los datos seguros de sífilis y la coexistencia con una aortitis, se pensó en que esta infección podría ser responsable de la aparatosa sintomatología de la enfermedad. La serología era positiva y con el tratamiento mejoró extraordinariamente. La tuberculosis existe en este caso, pero carecía de verdadera importancia.

Señala la importancia que en estos casos tiene la falta repetidamente comprobada de bacilos en enfermos de una aparatosa sintomatología.

El treponema no parece, sin embargo, tener especial predilección por el aparato respiratorio como la tiene por la piel, las mucosas, los huesos, etc.

En el período secundario se observa a veces un tipo de bronquitis específica que, como todas las infecciosas, puede irse propagando y constituir un cuadro grave de broncoalveolitis sífilítica, cuyo diagnóstico es de una enorme importancia para el porvenir del enfermo. Se presenta de un modo brusco y repentino, evoluciona con marcha aguda de un modo fuertemente flegmático y catarral. Este cuadro tiene una nefasta influencia sobre el pulmón tuberculoso.

A este respecto refiere un caso personal de un tuberculoso en perfecto estado que adquirió una sífilis y se le presentó una broncoalveolitis sífilítica de las citadas y que quince días más tarde moría de un fuerte brote de su tuberculosis.

Posteriormente se extiende en atinadas consideraciones sobre la sífilis como factor predisponente de la tuberculosis pulmonar. Realmente, a través de todas las concepciones clínicas y doctrinales, desconócese en esencia lo que es la predisposición. No pasa, en la generalidad de los casos, de ser una palabra vaga con la que se intenta explicar una porción de conceptos diferentes.

En este particular asunto hay que distinguir la sífilis inactiva de las formas floridas de la infección. Puede afirmarse que las infecciones antiguas, inactivas, carecen de influencia predisponente para la tuberculosis, ni para ninguna otra afección. La sífilis de período activo es anergizante, y por esta razón puede facilitar la evolución tanto de una tuberculosis como de otra afección cualquiera. Lo que sí puede afirmarse es que la lúes no prepara, en modo alguno, el terreno a la tuberculosis.

Letulle y su escuela afirman que si se hiciera un estudio sistemático de todos los enfermos del pecho, se vería con gran frecuencia la asociación de estos dos procesos. La sífilis da a las lesiones tuberculosas pulmonares una marcada tendencia a la esclerosis, de modo análogo a lo que ocurre en los casos de sífilis pura. Esta es la teoría de la mencionada escuela, la cual no convence por completo a Valdés Lambea. Las típicas imágenes de finas autoinfecciones escleróticas mostradas por aquellos autores como típicas de estos casos, han sido observadas por él, tanto en los sífilíticos como en los obreros que trabajan en atmósferas saturadas de polvo.

La sífilis puede presentarse en el aparato respiratorio bajo la forma de gomas bronquiales que se ulceran y que al cicatrizar dan lugar a estenosis de este órgano.

Puede también presentarse bajo una forma tumoral, dando imágenes muy semejantes a las de quiste. Se inicia

en un bronquio y se extiende por el pulmón bajo la forma de un pólipo.

Dedica también algunos párrafos a la importancia de la localización inicial de la tuberculosis y la sífilis en los pulmones. Los alemanes consideran como típica de la tuberculosis la localización infraclavicular. La sífilis, sin embargo, puede presentarse en localizaciones altas. La evolución de las lesiones, tanto de la sífilis como de la tuberculosis, no tiene nada que ver con la localización. La flegmasía sobreañadida a las lesiones es lo que da síntomas. Algunas veces la sífilis pulmonar evoluciona de modo caquetizante.

La granulía sífilítica de que ahora se habla no es un hecho nuevo. Hay publicados hasta media docena de casos. Se trata de múltiples formas miliare que se forman alrededor de los capilares del alvéolo.

Su diagnóstico diferencial es muy difícil, y a veces imposible, a no ser que el antecedente de lúes se ofrezca de un modo claro. El pronóstico de estos casos es en extremo sombrío. Muerte por asfixia.

En lo referente al tratamiento de estas afecciones, se muestra partidario del tratamiento intenso, aun en las formas asociadas de sífilis y tuberculosis. El tratamiento llevado de este modo es el único procedimiento de aclarar estos asuntos. A la menor sospecha debe instituirse un enérgico y prudente tratamiento salvarsánico. En las formas apagadas, yoduro.—*Javier M. Tomé.*

Lunes 3 de Noviembre de 1930. *Academia Médico Quirúrgica Española.*

Dr. Carlos Hinojar: *Tromboflebitis del seno lateral.* Caso clínico.—Niña de doce años de edad, con tromboflebitis de la yugular, operada hace tres meses, y en este espacio de tiempo ha experimentado una curación total y absoluta.

Recientemente publicamos un trabajo sobre este asunto, hemos recogido cuatro casos clínicos, personales, de tromboflebitis de la vena yugular, operados; dos de ellos terminados por curación y otros dos por muerte que nos permiten aportar algunos conocimientos que bajo el título «Lesiones secundarias de la tromboflebitis del seno yugular», expondremos en una sesión próxima.

La mortalidad elevada de este proceso no se puede explicar siempre por las lesiones del propio seno yugular; en la mayoría de los casos sucede por lesiones sobreañadidas, especialmente de las meninges y del pulmón; cada una de éstas tiene marcha clínica diferente y que realiza un pronóstico operatorio de los más graves.

En el caso que presentamos, la situación, a su arribo a la clínica, era muy grave, pero todavía operable; desde el momento de la operación desaparecieron los abscesos febriles de 40° y 41°, a excepción de uno que tuvo 40° coincidiendo con la eliminación de la yugular, realizado a los cinco días de la intervención, siendo alta por cicatrización de la herida operatoria a los otros cinco días.

Dr. Sicilia: *Algunas modalidades de la neurosífilis precoz y tardía.*—La sífilis del sistema nervioso adquiere de día en día la más extrema importancia, por los más numerosos motivos de su frecuencia, insidiosidad, severidad de pronóstico, agravada en nuestra época por los malos terrenos, formados por exceso y malas condiciones de trabajo, con las excitabilidades a que está sometido el delicado sistema nervioso, siempre minado por morbofías más heterogéneas.

A veces se complica la sintomatología superponiéndose a las determinaciones nerviosas del proceso microbiano las reactivas medicatrices. Hay formas de neurosífilis de síntomas diseminados que pueden entrar en la sífilis diseminadas

del eje cerebroespinal, las cuales, muchas veces, siguen precozmente a la sífilis maligna con gran extensión de lesiones y variedad fenomenológica que impiden descripción, como as esclerotizaciones de aorta y árboles arteriales que pueden darse parejas en terrenos debilitados, como también aquellos



que realizan transición entre las mielititis, sífilis cerebroespinal, tabes o parálisis general.

La importancia que tiene en la evolución de la sífilis no sólo que se haya curado la lesión en sí (chancro, período secundario o terciario), sino que además existen formas especiales no bien descritas, como igualmente que la neurosífilis acometa de manera precoz o tardía y siempre en todas las edades y, como esencial, la existencia de una porción del formas clínicas no bien clasificadas, llegando a formar síndromes indicadores de la electividad del virus sífilítico por el sistema nervioso más las lesiones especiales, esquemáticamente semejantes a otras formas de procesos neurológicos.

Dr. Vallejo Nágera: La comunicación presentada es de gran interés, en cuanto a la neurosífilis en sus múltiples manifestaciones y en especial a sus formas atípicas. Existen muchas manifestaciones neurosífilíticas con Wassermann débilmente positivo en sangre, al paso que las alteraciones en líquido cefalorraquídeo son muy intensamente positivas. Cuestión de grandísimo interés, en especial, porque en la generalidad de los casos se considera como guía clínica la reacción de Wassermann en sangre. Son individuos en período de latencia tardía de su sífilis y abocados a formas precoces de la neurosífilis.

También se conocen casos en que algunas veces las reacciones son negativas en sangre e igualmente en líquido cefalorraquídeo, sucediendo que el proceso es sífilítico. Este hecho es frecuente, sobre todo en procesos que se consideran como tumores, y en los que la autopsia halla un goma con los caracteres anatomopatológicos típicos de sífilis. Son casos de neurosífilis, con reacciones negativas, no muy fre-

cuentes, pero por su importancia merecen recordarse constantemente en clínica.

Los casos con reacción negativa en sangre y positividades en líquido cefalorraquídeo son más abundantes, que para la tabes se calculan en 25 por 100 y para la parálisis general en menor número.

Queremos llamar la atención sobre la importancia acerca del conocimiento de la neurosífilis atípica, pues habiendo iniciado un trabajo sobre el asunto afirmamos que el diagnóstico precoz de la parálisis general es el que puede salvar la vida del enfermo. Importancia no sólo en cuanto a la sintomatología, sino también sobre la resistencia de algunos enfermos frente a medicaciones, avanzando hacia la neurosífilis a pesar de todos los esfuerzos terapéuticos antiguos. Creemos que con la piritoterapia, especialmente con la paludización, se modifica favorablemente el curso progresivo de la afección.

Es de grandísima importancia el conocimiento del período preparalítico e igualmente los primeros tiempos de la tabes. Con frecuencia se ven tratados como reumáticos, como ulcerosos gástricos o duodenales, enfermos que examinados en cuanto a su sistema nervioso son verdaderos tabéticos. También llegan paralíticos generales tratados como neuróticos, neurasténicos o histéricos; individuos de veinticinco a cincuenta años, hasta entonces considerados como neuróticos, con manifestaciones inexplicables y en los que clínicamente se pueden considerar como paralíticos generales, diagnóstico que viene a confirmar el examen del líquido cefalorraquídeo. Son también enfermos con cuadros de ictus, trastornos motores del ojo, ligera disartria. Son los síntomas



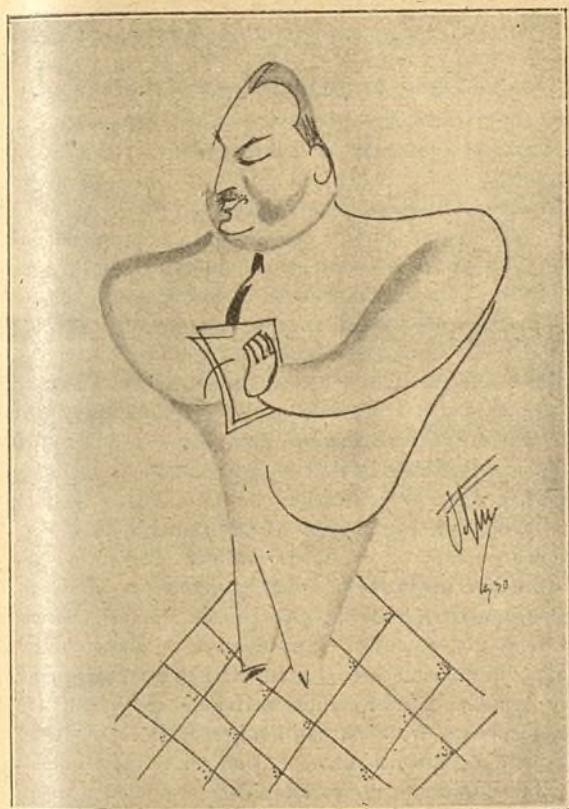
en los que debe fijarse el médico para llegar a la necesidad del examen del líquido cefalorraquídeo, y con ello a diagnóstico cierto de la enfermedad, con instauración del tratamiento útil.

Dr. Felipe García Triviño: *Silicosis y tuberculosis pulmonar.*—Conviene poner de relieve que este tipo de afección pulmonar puede desarrollarse y se desarrolla en los obreros

dedicados a la fabricación de porcelana, loza, vidrio, cal, yeso, cemento, mineros, talladores de cristal, de piedras, torneros de nácar, molineros, litógrafos, pulidores, etc., sin olvidar los mineros de carbón, ya que los modernos trabajos de A. Feil han modificado mucho la antigua concepción anatomopatológica y clínica de la antracosis pulmonar demostrando que el carbón no posee poder esclerosante sobre el parénquima del pulmón y que la verdadera causa de la esclerosis antracósica es la sílice.

La sílice actúa sobre los tejidos por acción química y secundariamente por acción mecánica, pareciendo posible que la sílice libre se solubilice en los tejidos, formando un colóide de propiedades tóxicas y consecutiva formación de tejido fibroso.

En la actualidad se admiten dos formas de silicosis: la silicosis sencilla en la cual no participa el factor infeccioso, y la silicosis complicada con infección, siendo la más frecuen-



te la determinada por el bacilo de Koch, es decir, la asociación de la silicosis con la tuberculosis. En esta cuestión se plantean una serie de difíciles problemas de considerable trascendencia práctica, pues conviene no olvidar que del peritaje médico, justo y exacto, depende la vida y el porvenir de muchos obreros en los países donde la silicosis se caracteriza como enfermedad profesional.

En el momento actual, las relaciones entre la silicosis y la tuberculosis están aún mal definidas, planteando los siguientes problemas:

¿Cómo se puede distinguir en vida si es el bacilo de Koch o el polvo de sílice el que penetra o afecta, en primer lugar, al organismo?

La llegada de polvo silíceo sobre un pulmón tuberculoso, ¿activa la evolución de la tuberculosis primitiva?

La evolución de la tuberculosis en un pulmón esclerótico, ¿es más grave que en un pulmón sano?

La tuberculosis evolutiva, ¿es más frecuente en los obre-

ros expuestos a polvos silíceos que en los obreros de la misma edad y de la misma raza dedicados a otra industria?

La silicosis, ¿puede evolucionar sola sin asociación con el bacilo de Koch si los pacientes son substraídos en un momento dado a la acción del polvo de la sílice?

La resolución de estos problemas es todavía difícil de esclarecer totalmente. Ahora bien, al considerar la cuestión, según la han expuesto diferentes autores, parece que son indudables las relaciones que en muchos casos clínicos pueden existir entre la silicosis y la tuberculosis pulmonar. Nuestra experiencia personal habla en el sentido de que estos enfermos que eran tuberculosos, lo eran ya antes de contraer la silicosis en un buen número de ellos, actuando quizás más que esta última las condiciones especiales del trabajo, sobre todo en los mineros, y, por el contrario, enfermos enviados a nosotros como tuberculosos eran silicóticos pulmonares con todos los datos clínicos y radiológicos propios de esta neumoconiosis.

Creemos que llegue a imponerse algún día la rectificación de la idea de que la silicosis y la tuberculosis guardan entre sí íntimas relaciones patológicas, considerándose como consubstancial lo que sólo es una superposición o una coincidencia.

Dr. A. Crespo Alvarez: Recientemente hemos visto dos casos con proceso silicótico de pulmón: uno de naturaleza pútrida, y el otro con posible asociación de silicosis y tuberculosis. Uno, estudiado por el profesor Hernando, por aquejar expulsión de sangre por la boca, sin precisar si de origen pulmonar o gástrica, y en el que el examen digestivo mostró sangre en contenido gástrico y hemorragias ocultas en heces; la exploración clínica permitió el diagnóstico de púrpura hemorrágica y la radiografía de aparato respiratorio (radiografía con fino punteado), la posibilidad de granulía fría. Este enfermo muere de una hemorragia cerebral. En la autopsia se comprueban lesiones pulmonares del tipo de la silicosis, si bien antes de la autopsia pensamos en la posibilidad de lesiones hemorrágicas pulmonares.

El otro enfermo llega a nosotros por una serie de hemoptisis con un cuadro intenso de intoxicación tuberculosa y diagnóstico de silicosis pulmonar, al parecer, pútrida.

Nos ha llamado la atención que frecuentemente sea negativa la cutirreacción en los enfermos de silicosis pulmonar. Acaso este carácter explique su mayor receptividad a la tuberculosis.

Es muy difícil el diagnóstico diferencial entre la silicosis pura, asociada o no a la tuberculosis. Hay que tener en cuenta no sólo la presencia de bacilos en los esputos; en muchas ocasiones sabemos que faltan en los esputos procedentes de lesiones tuberculosas, negatividad que también se halla en las inoculaciones en cobaya, que para algunos autores llega al 40 por 100, a pesar de que en la autopsia se encuentren lesiones tuberculosas asociadas a las de silicosis. Es que en estos enfermos las lesiones de tuberculosis no son del tipo corriente, entran en el grupo de los enfermos descritos por Hickel de tuberculosis nudosa cirrótica típica.

Dato de gran valor diagnóstico es la radiografía. No cabe duda que algunas radiografías obtenidas en estos dos grupos de enfermos se parecen mucho a las propias de los enfermos silicóticos de pulmón. Son los enfermos que Sayé y Burnard han descrito con el nombre de granulía fría. Es al tipo que pertenece uno de nuestros enfermos. En su radiografía aparecía un fino punteado en ambos campos pulmonares; ante nuestras dudas nos advierte el enfermo que tres años antes le diagnosticamos de lesiones tuberculosas en vértices pulmonares, desde cuyo momento abandona el

trabajo. Son dudas dagnósticas que todavía no hemos resuelto y en las mismas que se sitúan diversos autores, especialmente al encontrarse frente a casos que, habiendo trabajado en minas, al ser incorporados a los ejércitos combatientes durante la gran guerra y sin lesiones radiológicas pulmonares, dos o tres años después presentaban lesiones silicóticas pulmonares.

Estos casos explican la patogenia de los mismos; estos procesos, más que a la acción mecánica de la sílice, se deben a su acción química que altera la estructura del tejido pulmonar, haciéndole más susceptible a la inoculación de toda especie.

Dr. Bermejillo: Ante esta cuestión lo interesante es llegar a conclusiones sobre el papel de la sílice como de la tuberculosis, si se hace posible la evolución de la silicosis y consecutivamente la de la tuberculosis, o bien a la inversa. Lo que tiene valor indudable para su resolución son los datos estadísticos, no sólo para la silicosis, sino también para todas las neumoconiosis (dejando a un lado lo relativo al carbón), sin olvidar la mortalidad por tuberculosis.

Lo interesante es llegar a conclusión sobre la existencia de la silicosis pulmonar aparte de la tuberculosis, así como de la tuberculosis pulmonar sin relación con la silicosis.

Dres. Bastos y D'Harcourt: *Contribución al estudio de la condromatosis articular*.—En el estudio que realizamos sobre los procesos metaplásicos de las articulaciones, nos hemos encontrado con una afección caracterizada por la presencia de numerosos condromas y osteocondromas de genuina estirpe sinovial, a veces adheridos a sinovial y otras veces libres en cavidad articular.

Es la condromatosis sinovial de Reichel (1900) y la condromatosis articular de Henderson y Jones (1917), que si bien a primera vista hace pensar en procesos diversos, teniendo en cuenta el origen sinovial de los condromas o su procedencia del cartílago articular, es muy difícil resolverlo en algunos casos.

La rareza clínica de la afección es más aparente que real. Existen muchas condromatosis silenciosas, sin síntomas clínicos durante muchos años, y sólo se llega al diagnóstico cuando el tamaño de los condromas perturban el juego articular o el enclavamiento del bloqueo articular obliga a la exploración radiológica y se hace patente la condromatosis. Ahora bien: hay que estar prevenidos de que la radiología, el mejor medio diagnóstico de este proceso, puede inducir a error; los condromas puros son permeables a los rayos X, y únicamente cuando están calcificados u osificados en su centro es cuando la radiografía los hace patentes.

En todos los procesos articulares, metaplásicos del tejido conjuntivo que integra la articulación, los límites de la afección no son lo suficientemente precisos para poder diferenciarlos de otras enfermedades que tienen en realidad el mismo substratum anatómico: perturbaciones en la evolución biológica del tejido fundamental del cartílago. Existe una gradación tan suave entre unos y otros procesos, que en los casos límite es difícil precisar a qué entidad nosológica pertenece el proceso. El parentesco nosológico entre la condromatosis sinovial, ciertas formas de artritis deformans y los cuerpos libres de origen osteocondrítico, es evidente. En todas estas afecciones el fondo no es más que poner en marcha un proceso de metaplasia del tejido cartilaginoso por mecanismos desencadenantes más o menos conocidos.

Afirmemos que la condromatosis articular es un proceso neoplásico benigno en el que se desarrollan condromas y osteocondromas en la sinovial articular a expensas de islotes de cartílago hialino que normalmente se encuentra en franjas y vellosidades sinoviales, o a beneficio de brotes

aberrantes de cartílago que se hallan diseminados por la sinovial. Dichos islotes cartilaginosos normales o aberrantes sufrirían un proceso de subinvolución, dando lugar a las producciones cartilaginosas que caracterizan la afección. En la puesta en marcha del proceso es muy probable influyan como causas determinantes infecciones poco intensas y aun pequeños traumas de repetición.

Dr. Sánchez Bordona: Para aportar un caso referente a un voluminoso condroma articular con derrame abundante y recidivante durante mucho tiempo, dando la sensación de que se trataba de un cuerpo libre. Operado se encontró un cuerpo libre en la articulación del tamaño de una judía. Dado de alta, y después de mecanoterapia, recidiva toda la sintomatología al mes y medio, mostrando la palpación la existencia de una tumoración de algún tamaño en dicha articulación; operado nuevamente no se ha vuelto a presentar recidiva.—*Mariano Aceña*.

BARCELONA

FACULTAD DE MEDICINA DE BARCELONA

El tratamiento de la diabetes por la insulina.—Profesor Dr. Luis R. Grote, de la Clínica «C. von Noorden», de Frankfurt a. Main.

Anuncia la siguiente ley: «Existe indicación para el empleo de la insulina cuando con un régimen apropiado a su trabajo no se logra mantener al enfermo completamente aglucosúrico sin eliminación de acetona y con glucemia aproximadamente normal (por la mañana).» De esto se deduce—agrega el conferenciante—que en el problema de la finalidad del tratamiento coloco en primer lugar la cuestión de la capacidad del enfermo para la producción y el trabajo. Por ello debe rechazarse todo régimen que conduzca finalmente a una desnutrición prolongada. En su clínica de Frankfurt aborda el problema de la indicación de la insulina de la siguiente forma: Al enfermo no tratado se le hace desaparecer en primer término la glucosuria exclusivamente por medio de la dietética. Para los casos graves emplea, como es natural, otro procedimiento: uno o dos días de ayuno. Si entonces no aparece un aumento de acetona, podrá quizás prescindirse de la insulina. Siguen a esto dos o tres días de nutrición exclusivamente vegetal: legumbres, ensaladas, fruta en cantidad creciente. En el tercero de estos días, la cantidad de hidratos alcanzará unos 60 o 70 gramos. Con ello no se administra prácticamente albúmina, y la grasa sólo en cantidades mínimas. Si el enfermo no acusa glucosuria, sigue la siguiente alimentación: carne en cantidad de 250 a 300 gramos, uno o dos huevos; o sea, en conjunto, unos 70 gramos de albúmina. Al principio se tomarán los hidratos de carbono en forma de fruta hasta 60 u 80 gramos y se permitirá muy poca cantidad de grasa con objeto de evitar la acidosis. Si el enfermo sigue aglucosúrico, la dosis de hidratos de carbono se aumenta progresivamente. Cada dos o cuatro días dejará de ingerirse hidratos de carbono en absoluto. De este modo se llega al cabo de unas tres semanas a un régimen permanente, suficiente del todo en calorías. Poco a poco se substituye parcialmente la fruta por cantidades equivalentes de pan y cereales. Si durante el transcurso de este tratamiento y del aumento de los hidratos de carbono no aparece azúcar en la orina, y la glucemia no pasa de unos 140 a 160 miligramos por 100 (en los hipertónicos, el nivel de la glucemia es más elevado), no existe indicación alguna para el empleo de la insulina.

Pero los casos que, tal vez sin trazas de azúcar en la

orina durante los días en que fué prescrita la fruta, son inmediatamente glucosúricos al administrar la carne o al aumentar los hidratos de carbono, necesitan de la insulina. También la requieren aquellos casos en los que no desaparece la glucosuria con uno o dos días de ayuno y en los que se manifiesta una acidosis creciente. Si el caso es grave debe administrarse la insulina el mismo día de ayuno.

En su clínica, la orina es analizada por lo menos tres veces al día (desde las ocho a las trece, desde las trece a las veinte y desde las veinte a las ocho). En ocasiones la analizan cada hora. Sólo así puede tenerse la seguridad de que no escapan a la observación las eliminaciones transitorias de glucosa. Asimismo, en los primeros días, se investiga la glucemia por lo menos tres veces al día. La curva diaria de la glucemia proporciona una visión óptima de las particularidades del metabolismo. Este método es también el mejor para esclarecer la gran variabilidad del nivel de la glucemia, especialmente en los jóvenes, niños y casos graves.

Si se ha manifestado indicación para el empleo de la insulina, la marcha dietética es diferente. En este caso, prescribe un régimen que, calóricamente, sea suficiente al organismo. Debe tener unas 35 calorías por kilo de peso y consta de albuminoides e hidratos de carbono en abundancia y, por lo general, poca grasa. Con este régimen se tiende a la mayor acumulación posible de glucógeno en el hígado.

La insulina debe, pues, adaptarse a la cantidad y calidad de alimentos necesarios. Existe el prejuicio de que una vez que se ha empezado un tratamiento con la insulina se está ligado para siempre a la jeringuilla. Cita un gran número de casos que todos los años toman insulina sólo durante algunas semanas, a fin de mejorar una tolerancia algo disminuida, y que luego prescinden del medicamento, siguiendo el régimen de conservación instituido.

Está contraindicada la insulina en los casos de diabetes renal y glucosuria de la gravidez. Los casos con serios trastornos circulatorios representan una contraindicación relativa. La verdadera arteriosclerosis sin hipertensión que puede conducir a los viejos diabéticos a la gangrena requiere el amplio uso de la insulina.

La observación y la experiencia clínicas son los únicos factores decisivos para la dosificación de la insulina. La dosis de insulina necesaria en cada caso está comprendida entre la cantidad que hace desaparecer la glucosa de la orina y la que provoca hipoglucemia. En los casos de gravedad media bastará una inyección diaria, refiriéndose esto a los enfermos que no necesitan más de 24 a 30 unidades. La distribución racional de la insulina durante el día sólo puede hacerse estrictamente teniendo en cuenta una curva de glucemia exactamente investigada, si es posible, cada hora. Gottschalk, para la distribución de la insulina, divide la dosis de ella independientemente de las comidas en tres partes proporcionales equidistantes durante el día.

Proyectos de obras sanitarias.—D. César Molinas, ingeniero sanitario afecto a la Dirección general de Sanidad.

Empezó exponiendo las características de los diversos sistemas de alcantarillado, insistiendo en las modernas teorías—por desgracia poco seguidas en España—que permiten llevar a cabo las obras que antes requerían gastos prohibitivos, con tan exiguos presupuestos que verdaderamente no existe Municipio, por pobre que sea, que no pueda afrontar los gastos que ellas requieren. Expuso el funcionamiento científico de los diversos sistemas de depuración fijando sus características esenciales, exponiendo asimismo los frecuentes errores de su aplicabilidad. Después de la exposición de

los insignificantes costes de instalación y manutención de las centrales de depuración mediante cuya acción pueda alejarse todo peligro de transmisión de enfermedades, dió a conocer un proyecto para una población de 10.000 habitantes, cuyo presupuesto de instalación no alcanza a 22.000 pesetas y cuyo gasto de manutención diario no llega a una y media pesetas.

INSTITUTO MÉDICO-FARMACÉUTICO

Radiología del apéndice.—Dr. L. Carrasco Formiguera.

Plantea la conveniencia de una íntima relación entre radiólogos y médicos de medicina general y hace resaltar la importancia de la radiología como complemento de la exploración clínica.

Estudia los problemas que plantea la visualidad radiológica o no visualidad del apéndice y llega a la conclusión de que, salvo raros casos que como excepción no hacen sino confirmar la regla general, la visualidad del apéndice debe ser interpretada como apéndice sano. A este efecto cita estadísticas personales y de otros autores, entre ellas las que documentan un trabajo reciente de Corachán, Pinós, Vidal Colomer y Tellería, y hace consideraciones de orden comparativo entre estas estadísticas.

Hace una sucinta historia de las técnicas empleadas para poner radiológicamente de manifiesto el apéndice y se detiene especialmente a comentar el procedimiento de Schepa, consistente en sales de sulfatos de magnesias y bario.

Se declara partidario de administrar durante tres o cuatro días sustancias opacas a fin de que éstas queden formando un depósito en el ciego y así más fácilmente puedan penetrar en apéndice.

Resultados de las primeras pielografías hechas con el abrodil.—Dr. S. Gil Vernet.

Se trata de un nuevo producto para la práctica de las pielografías que puede ser administrado *per os* y por vía endovenosa. Es mucho menos tóxico que el yoduro potásico y se elimina bien por vía renal. Es de aspecto blanco, da reacción neutra, es sensible a la luz y se disuelve en el agua en la proporción de 70 por 100. Tanto por una como por otra vía no ha observado fenómenos secundarios de consideración. Desde el punto de vista de la imagen radiológica es comparable a todos los demás productos, pero resalta por su inocuidad. La vía rectal, también ensayada, no da resultado.

Discusión.—Dr. Serrallach Juliá: Ensayado por él el abrodil afirma que las imágenes, tal vez, son más claras aún que las que da el uroselectán.

Dr. Malaret: No ha ensayado el abrodil, pero hace consideraciones acerca de la inocuidad de estos productos nuevos como el uroselectán, inocuidad que contrasta con la toxicidad que se observaba tiempo atrás.

Dr. Gamissans: Se extiende en consideraciones acerca de la pielografía descendente, y cree que aún no se ha obtenido todo el provecho en este sentido en Urología.

Dr. Serrallach Mauri: Lo que llama la atención de estos nuevos productos, uroselectán, abrodil, etc., es verdaderamente su inocuidad. Cita casos de su experiencia, entre los que resalta el caso de una niña de seis años que no manifestó ningún fenómeno secundario notable después de la administración de 5 gramos de yodo metálico. En cambio, cita un caso de Lassio, de Milán, en que por la administración de una de estas sustancias tuvo un cólico nefrítico que gracias a la experiencia de Lassio y a la brevedad con que actuó haciendo una nefrotomía pudo salvar el enfermo. Se trataba de un riñón con hidronefrosis.

Dr. Raventós: Oita casos aislados con fenómenos tóxicos después de la inyección de sustancias opacas.

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Compuestos de ácido fosfórico recientemente aislados en los músculos.—Profesor Otto Meyerhof, de Heidelberg.

Invitado por la dirección del Instituto de Fisiología de la Facultad de Medicina y la Real Academia de Medicina, el Dr. Otto Meyerhof, ilustre profesor de la «Kaiser Wilhelm Gesellschaft für biologischen Forschung», director del Laboratorio de Biología de Heidelberg, visitó nuestra ciudad y accedió a los deseos de los presidentes de los dos organismos barceloneses invitantes para dar dos conferencias y una demostración práctica. El profesor Meyerhof obtuvo en 1924 el premio Nobel de Medicina, en colaboración con el profesor Hill, de Londres.

En su notable peroración acerca de los compuestos de ácido fosfórico aislados en los músculos, se refirió a la influencia que el fósforo tiene sobre la contracción muscular, y cuyas experimentaciones químicas completan las investigaciones de Embden que sirvieron de base a la doctrina hoy universalmente admitida. La contribución del profesor Meyerhof a la demostración de los cuerpos intermedios del recambio bioquímico muscular y de su dinámica adquirió por sus palabras el gran interés de cosa vivida. Estas ideas recientes sobre dinámica muscular fueron extraordinariamente aplaudidas.

También dió una conferencia en el Instituto de Fisiología.

En la Facultad de Medicina, ayudado por el Dr. Severo Ochoa de Albornoz, antiguo asistente del Laboratorio de Heidelberg, actualmente profesor auxiliar de la Facultad de Medicina de Madrid, hizo una demostración técnica sobre dinámica muscular empleando el método de Warburg para la determinación de la respiración de los tejidos, y también demostraciones de las tensiones isométricas manifestadas por los músculos con y sin mediciones simultáneas del consumo de oxígeno.—*F. Wüst Berdaquer.*

FORENSIAS

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Castro del Río se halla vacante, por haber resultado desierto el turno de traslación, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva de categoría de entrada, que debe proveerse por concurso entre médicos forenses sustitutos anteriores al 29 de Junio de 1915, conforme a lo prevenido en el art. 4.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Sevilla, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, hasta el 30 de Noviembre.

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Lérida se halla vacante, por excedencia de D. Luis Diéguez Gómez, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias hasta el 30 de Noviembre.

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Burgo de Osma se halla vacante, por haber resultado desierto el concurso de antigüedad y promoción de D. Mariano García, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por el turno de médicos, conforme a lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias hasta el 4 de Noviembre.

En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Alcañiz se halla vacante, por haber resultado desierto el concurso de traslación y excedencia de D. Luis Diéguez, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de ascenso, que debe proveerse por antigüedad, conforme a lo prevenido en el art. 8.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias hasta el 4 de Noviembre.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Reclamaciones a los proyectos de clasificación de titulares.

REAL ORDEN NÚM. 1.044.

Ilmo. Sr.: Publicados en la *Gaceta de Madrid* los proyectos de clasificación de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de varias provincias, y concedido a los Ayuntamientos interesados el plazo de seis meses que señala el art. 10 de la Real orden núm. 1.337, de 5 de Diciembre de 1928, para formular las reclamaciones que estimen pertinentes, han sido numerosos los médicos titulares que, por no haber tenido intervención alguna en dichos proyectos, solicitan de este Ministerio autorización para formular a su vez reclamaciones sobre los mismos.

A fin de armonizar los intereses de los Ayuntamientos y de los facultativos titulares y como mayor garantía de acierto para las resoluciones que deba dictar este Ministerio,

S. M. el Rey (q. D. g.), de conformidad con lo informado por la Dirección general de Sanidad, se ha servido autorizar a los médicos titulares para formular, en los mismos plazos y forma establecida para los Ayuntamientos en el art. 10 de la Real orden de este Ministerio de 5 de Diciembre de 1928, las reclamaciones que estimen pertinentes con referencia a los proyectos de clasificación de plazas de médicos titulares, inspectores municipales de Sanidad, las cuales serán resueltas por la Dirección general de Sanidad, previo informe de los Ayuntamientos interesados y de la Secretaría de la Asociación de Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad.

Madrid, 29 de Octubre de 1930.—*Marzo.*— Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 30 de Octubre de 1930.)

Proyecto de clasificación de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, correspondiente a la provincia de Gerona, según lo preceptuado en la Real orden de este Ministerio, núm. 1.337, de fecha 5 de Diciembre de 1928 (1):

San Felú de Guixols, dos íd., 1.ª íd., 10.023 íd., 434.145 ídem.

San Juan de Palamós, una íd., 3.ª íd., 1.826 íd., 32.000 íd.

(1) Véase el número 4.011.

Fórmula: Yodoyoduro de potasio y hamamelidina

A/D



IODAMÉLIS

Específico cardio-vascular total

en los

**Arterio-Esclerosicos
uricemicos
Hyperviscosos**

en los

**Hipertensos venosos
cyanoticos
Varicosos**

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

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

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

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.

Anti-spasmódico: 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. GÁLLEGO.—Madrid.

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

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

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,2; idem *mínima*, 702,2; temperatura máxima, 18°0; idem *mínima*, 3°8; vientos dominantes, OSO. y ONO.

Van acentuándose de semana en semana los caracteres propio de los cambios atmosféricos en el sentido predominante de las infecciones catarrales. No se presentan hasta ahora con alarmantes manifestaciones ni en intensidad ni en su número, predominando las de localización superficial en las mucosas de los órganos respiratorios menos profundos. Siguen observándose los reumatismos agudos y las exacerbaciones de los crónicos. Los cólicos hepáticos siguen presentándose. En los niños, catarros superficiales y casos benignos de sarampión.

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 Deontología 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 cartón 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.

El Dr. Mariano Aceña en «El Siglo Médico».—Comunicamos a nuestros lectores que ha ingresado como redactor en nuestro periódico el Dr. D. Mariano Aceña, conocido publicista médico que desde este número se encarga de la Sección de Academias, Sociedades y Conferencias en unión de D. Javier María Tomé.

Colegio de Médicos de Madrid.—Terminados por la Junta gremial los trabajos de clasificación de los médicos con ejercicio en Madrid y su provincia, se pone en conocimiento de los mismos que pueden formular sus reclamaciones por escrito ante el síndico presidente (Colegio de Médicos, Esparteros, 9) y reintegrados con una póliza de 1,20 desde el día 7 al 22 del corriente mes.

Las listas de clasificación se hallan expuestas al público en los salones del Colegio desde esta fecha. Oportunamente se citará ante la segunda Junta gremial sólo a quienes hayan presentado su reclamación en debida forma, a fin de que puedan ampliarla verbalmente si así lo estiman oportuno.

Servicio Otorrinolaringológico del Instituto Rubio.—El miércoles 29 se celebró la sesión clínica semanal, presentando una comunicación sobre «Un caso de sinusitis frontal con fístula orbitaria» el Dr. G. Villanueva.

Intervinieron en la discusión clínica los Dres. Bascones, Marañés y Bejarano, haciendo el resumen final el Dr. Bertrán.

De la «Gaceta», 31 de Octubre.—Real orden admitiendo a D. Ramón Vila y Barberá la renuncia que ha presentado al desempeño por acumulación de una de las Cátedras de Patología médica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia; que quede sin efecto la Real orden de 21 de Marzo próximo pasado, en lo que se

San Sadurní, una fd., 5.^a fd., 606 fd., 15.410 fd.
Torroella de Montgrí, una fd., 2.^a fd., 4.072 fd., 125.000

idem.

Ullá, 460 fd., 6.000 fd.
Ullastret, una fd., 3.^a fd., 445 fd., 12.262 fd.
Gualta, 358 fd., 10.628 fd.
Fontanilles, 247 fd., 9.000 fd.
Serra de Daró, 324 fd., 12.609 fd.
Vall-Llobregat, una fd., 5.^a fd., 228 fd., 7.735 fd.

OLOI

Batet, una plaza, 5.^a categoría, 666 habitantes, 8.000 pesetas presupuesto.

Basegoda, una fd., 5.^a fd., 475 fd., 5.000 fd.
Begudá, una fd., 2.^a fd., 2.417 fd., 29.600 fd.
Besalú, una fd., 3.^a fd., 1.437 fd., 24.100 fd.
San Ferreol, 904 fd., 10.000 fd.
Castellfollit de la Roca, una fd., 4.^a fd., 1.192 fd., 20.000

idem.

Las Planas, una fd., 3.^a fd., 1.923 fd., 26.178 fd.
Mayá de Moncal, una fd., 3.^a fd., 607 fd., 8.000 fd.
Beuda, 595 fd., 7.000 fd.
Dosquers, 200 fd., 5.000 fd.
Mieras, una fd., 3.^a fd., 1.109 fd., 18.580 fd.
San Miguel de Campmajor, 849 fd., 9.335 fd.
Montagut, una fd., 3.^a fd., 1.340 fd., 20.900 fd.
Paláu de Montagut, 1.038 fd., 17.000 fd.
Oix, una fd., 3.^a fd., 820 fd., 9.784 fd.
Baget, 872 fd., 10.000 fd.
Olot, dos fd., 1.^a fd., 10.333 fd., 600.000 fd.
Riudaura, una fd., 4.^a fd., 975 fd., 10.000 fd.
La Piña, 504 fd., 77.000 fd.
San Aniol de Finestras, una fd., 4.^a fd., 1.120 fd., 14.279

idem.

San Esteban de Bas, una fd., 2.^a fd., 1.895 fd., 23.157 fd.
Juanetas, 802 fd., 15.060 fd.
San Feliu de Pallarols, una fd., 3.^a fd., 1.846 fd., 21.370

idem.

San Privat de Bas, una fd., 3.^a fd., 1.608 fd., 15.800 fd.
Las Presas, 1.181 fd., 13.210 fd.
Santa Pau, una fd., 3.^a fd., 2.419 fd., 24.830 fd.
Tortellá, una fd., 2.^a fd., 1.368 fd., 12.000 fd.
Salas de Llierca, 444 fd., 8.000 fd.
Argelaguer, 901 fd., 11.000 fd.
Vall de Vianya, una fd., 3.^a fd., 2.054 fd., 27.000 fd.
San Salvador de Vianya, 335 fd., 6.000 fd.

PUIGCERDÀ

Alp, una plaza, 2.^a categoría, 594 habitantes, 11.000 pesetas presupuesto.

Urús, 181 fd., 5.000 fd.
Das, 346 fd., 8.000 fd.
Urtg, 380 fd., 8.500 fd.
Caixáns, 215 fd., 7.000 fd.
Vilallobent, 285 fd., 7.600 fd.
Campdevanol, una fd., 3.^a fd., 2.147 fd., 35.000 fd.
Campellas, una fd., 3.^a fd., 494 fd., 17.000 fd.
Pardinas, 546 fd., 18.546 fd.
Camprodón, una fd., 2.^a fd., 1.434 fd., 49.545 fd.
Llanas, 777 fd., 13.000 fd.
Caralps, una fd., 3.^a fd., 660 fd., 13.000 fd.
Planolas, 436 fd., 11.000 fd.
Tosas (San Cristóbal de), 760 fd., 14.000 fd.
Ger, una fd., 2.^a fd., 558 fd., 10.000 fd.
Bolvir, 370 fd., 9.500 fd.

(Continuará.)

refiere a la acumulación de una de las Cátedras de Patología médica, y que dicha Cátedra sea provista en propiedad en la forma que corresponde.

2 de Noviembre.—Real orden disponiendo se considere extendida la jurisdicción del Comité paritario local de Madrid, de médicos, practicantes y demás especialidades al servicio de Sociedades y Mutualidades Benéficas-nitarias a cuantos Municipios de la provincia alcance el radio de actuación de las Sociedades que tengan su domicilio en esta Corte.

4 de Noviembre.—Real orden circular disponiendo se celebren oposiciones públicas entre doctores y licenciados de Farmacia para cubrir 10 plazas de farmacéuticos segundos del Cuerpo de Sanidad Militar.

Para un nuevo Sanatorio Antituberculoso.—Una Comisión de la Diputación provincial de San Sebastián ha estado visitando los terrenos de Torrecilla de Cameros, donde se proyecta instalar un Sanatorio Antituberculoso. El lugar elegido reúne, según los comisionados, todas las condiciones que requiere la higiene, y será uno de los mejores de Europa. Se proyecta también construir edificios para que los familiares puedan estar con los enfermos.

Colegio de Médicos de Alicante.—Con arreglo a los Estatutos vigentes ha sido elegida, en los días 27 y 28 de Octubre, la siguiente Junta de gobierno:

Presidente, D. Antonio Jornet Nogueras; *vicepresidente 1.º*, D. Francisco Bonmati Verdú; *vicepresidente 2.º*, don Pedro Ibáñez Torres; *secretario*, D. Rafael Gandulla Corderch; *vicesecretario*, D. José Mari Carrasco; *tesorero*, don José Sánchez San Julián; *contador*, D. José Buades Pérez; *vocales*: D. José Cortés Moreno, D. Luis Delgado de Molina, D. Manuel Pascual Urbán, D. Manuel Gómez Pardo, D. Carlos Schneider San Román, D. Francisco Beltrán Obiol, D. José Martínez Bayarri, D. Miguel Ruiz Gallana, D. José Fullana Llopis y D. José López Flores.

Vacantes.—Cañaveruelas (Cuenca). 1.650 pesetas. Solicitudes hasta el 1.º de Diciembre de 1930.

—Irijo (Orense). 2.750 pesetas. Solicitudes hasta el 1.º de Diciembre de 1930.

—Barrachina (y cuatro anejos) (Teruel). 2.750 pesetas. Solicitudes hasta el 1.º de Diciembre de 1930.

—Tiermos (Zaragoza). 2.200 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

—Tocina (Sevilla). 2.200 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

—Monteagudo de las Vicarias (Soria). 1.650 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

—Puig (Valencia). 1.650 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

—Aliseda (Cáceres). 2.200 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

—Tibi (Alicante). 1.991 pesetas. Solicitudes hasta el 30 de Noviembre de 1930.

Séptimo viaje médico internacional.—Para celebrar la creación de la Facultad de Medicina de Marsella, la Sociedad Médica del Litoral Mediterráneo ha organizado un viaje para las próximas Pascuas de Navidad por la Costa Azul bajo la dirección de los Sres. Fargue, miembro del Instituto de Francia, e Imbert, decano de la Facultad de Marsella.

Para más informes, dirigirse al presidente de la Société Médicale du Littoral, rue Verdi, 24, Nice.

Tomos IX y X de Monografías.—Está terminándose de imprimir el tomo IX de Monografías, «El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea», por el Dr. García Vicente, y en fecha próxima aparecerá el tomo X, «Cartilla Deontológica Médica», por el Dr. Carlos María Cortezo.

Como de tales obras nos piden muchos suscriptores el envío, les comunicamos por medio de las presentes líneas que tan pronto estén los ejemplares terminados se les remitirán como de costumbre.

Facultad de Medicina de Madrid.—Curso de radiodiagnóstico.—Bajo la dirección del Dr. Quevedo, radiólogo jefe de los servicios del catedrático D. Leonardo de la Peña, se dará en la Facultad de Medicina un curso teórico-práctico de radiodiagnóstico durante todo el actual mes de Noviembre. El número de alumnos no podrá exceder

de diez, y las solicitudes deberán dirigirse al decano de la Facultad.

Noticias.—Las tarjetas para el banquete homenaje que en honor del Dr. Bajardi se celebrará el día 9 en Molinero, se pueden recoger en el Colegio de Médicos hasta las ocho de la noche del día 8, y en el lugar del banquete hasta la hora del mismo.

—El sábado último fué obsequiada con una comida íntima la doctora Jimena F. de la Vega, ayudante del doctor Pittaluga y perteneciente al Laboratorio Central de Investigaciones Clínicas de la Facultad de Medicina, con motivo de haberle concedido el premio Abaytúa de este año por la Academia Médico-Quirúrgica, premio que es la primera vez que se concede a una mujer.

—Ha sido nombrado académico corresponsal en Madrid del Centro Odontológico del Uruguay, el doctor D. José Valderrama.

—La delegación que en Santiago tiene el Colegio Médico de la provincia ha elegido la Junta directiva que a continuación se expresa: *Presidente*, D. Francisco Romero Molerun; *vicepresidente*, D. Arturo Cervigón; *tesorero*, D. Salustiano Martínez; *vocales*: D. José Fernández Rodríguez, D. Arturo Maceira Puente y D. Aurelio Vidal.

—Han sido adscritos a la rama de Sanidad interior los Dres. D. Pedro Hernández Andueza, inspector provincial de Pontevedra; D. Luis Suárez de Puga, D. Natalio Sánchez Plaza, D. Emilio Baeza Alonso, D. Rodrigo Varo, D. Priscilio Luis Martín y D. Julio Freijanés, procedentes de las dos primeras promociones de la Escuela Nacional de Sanidad.

—Por defunción del malogrado Dr. D. Adolfo López Durán, ha sido nombrado jefe del Dispensario de huesos y articulaciones del Instituto Rubio el Dr. D. Manuel Pastor y Ausart, que pasará la consulta en los mismos días y horas que venía celebrándose.

—Ha sido nombrado subdirector de la Casa de Salud Valdecilla el Dr. D. Manuel Usandizaga, y jefe del Servicio de Neurología, el Dr. D. José María Aldama, actual director del Manicomio de Cádiz.

—Se ha dispuesto que el inspector provincial de Sanidad de Cáceres, D. Francisco Ruiz Morote, ostentando la representación de la Dirección general de Sanidad del Reino, se traslade a Budapest para asistir a la reunión que ha de celebrarse en dicho punto el día 27 de Octubre, fin de estudiar la organización de Centros de Higiene en las zonas rurales.

—En la *Gaceta* del 29 de Octubre se designan para cubrir las 11 plazas vacantes de practicantes de Medicina y Cirugía, existentes en las Intervenciones militares de la Zona del Protectorado de España en Marruecos, a los señores que figuran en la relación que se inserta.

—Por la Presidencia del Consejo de Ministros, Dirección general de Marruecos y Colonias, se han designado para ocupar las plazas de practicantes de Medicina y Cirugía en las Intervenciones militares de nuestra Zona de Protectorado en Marruecos a D. Antonio Rodríguez Ramón y D. Angel Silva Cernuda, números 9 y 12, respectivamente, de los aprobados.

Crevisal-Paulavina.—Al presente número acompaña-mos prospecto y tarjeta del indicado producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, S. A. Apartado 280. Barcelona.

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.