

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...
La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

SAL ARSENICAL
PENTAVALENTE

ARSAMINOL

SAL ARSENICAL
PENTAVALENTE

Medicación arsenical rigurosamente indolora por las vías sub-cutanea e intra-muscular.

Sifilis — Heredo-Sifilis

LABORATORIOS CLIN. COMAR y C^{ia} - PARIS

PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves Fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUEZ

78, Faubourg Saint-Denis, París



Representante en España: D. DANIEL ROBERT, Claris, 72. — BARCELONA

PHOSPHORRENAL
ROBERT
RECONSTITUYENTE.
Los Sres. Médicos lo recomendarán por su gran eficacia.
GRANULAR-ELIXIR-INYECTABLE.
FARMACIA ROBERT, LAURIA 74, BARCELONA.

NATROCITRAL ANTIDISPEPTICO
COMPRIMIDO
Y GRANULADO
ROBERT
FARMACIA ROBERT - LAURIA, 74 - BARCELONA

PEPTOYODAL
YODO ORGÁNICO EN
LIQUIDO e INYECTABLE
ROBERT
PREPARADO POR J. ROBERT, MESTRE
FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT - LAURIA 74, BARCELONA

ARPHON ROBERT
reconstituyente inyectable

a base de
cacodilato, fósforo y estricnina

en cajas de 1.2.3 ó 4 c.c., según criterio médico

EXISTE OTRA SERIE
IGUAL SIN ESTRICNINA

LABORATORIO DE

José Robert Mestre

Barcelona



Pour tout ce qui concerne la Publicité française s'adresser à Ms. Louis Vidal & Comp.^e,
107, Rue Lafayette.-Paris, (10^e), ou à l'Administration du Journal-Serrano, 58 a Madrid.

CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRICNICO

Inyectables a base de alcanfor natural del Laurus, Canfora y Óxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estricnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonías con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonías especialmente de los ancianos.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

No es producto laxante ni purgante: es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

CIATICARINA

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado. — MADRID
Ayuntamiento de Madrid

aquel mismo estrecho inferior mucho antes de que la abe-

— 853 —
races mucha antes de que se hayan expulsado las secun-

veces mucha, antes de que se hayan expulsado las secundinas.

No han faltado autores que han impugnado esta opinión, especialmente en cuanto a que la inversión del huevo sea natural. Aseguran que tiene lugar a consecuencia de las tracciones que casi constantemente se hacen por el cordón para acelerar el desprendimiento, y que de lo contrario lo natural es que la placenta se presente por su borde, arrollada o sin arrollar, pero desde luego sin invertir el huevo. La estadística de Pinard, en más de 7.500 enfermas que dieron a luz en presentación de vértice, sin intervención alguna ni para el parto ni para el alumbramiento, ha zanjado el problema en el sentido de demostrar que en más del 80 por 100 de los casos se presentaba la placenta por la cara fetal; en 13 $\frac{1}{2}$ por 100 de los casos se presentaba por el borde, y en el cinco y medio restante por la cara uterina. Con esta estadística queda demostrado que la opinión que atribuía la inversión a las tracciones intempestivas hechas sobre el cordón era errónea.

La placenta no empieza a desprenderse sino después de la expulsión total del feto, no como se suponía en las últimas contracciones del parto. Pero esto es así en los casos normales, puesto que si la placenta se inserta baja, la parte procidente del feto la arrastra en su avance, y si el cordón es demasiado corto también acelera la desinserción.

Para comprender el mecanismo de desprendimiento de la placenta y de las membranas es preciso estudiar el estado en que queda el músculo uterino después de la expulsión del feto y las relaciones de la placenta y de las membranas con el útero. La cavidad uterina disminuye mucho de volumen a consecuencia de la expulsión del feto y esta disminución acarrea la de la superficie de adherencia de la placenta a la matriz. La retracción del útero no se hace por igual en toda su extensión.

En la parte que sirve de inserción a la placenta, o sea, generalmente, hacia el fondo del útero, la retracción es bastante menor y, por tanto, el músculo uterino aumenta poco de espesor. En cambio, en el resto de su extensión el útero

aquel mismo estrecho inferior mucho antes de que la cabeza haya llegado al superior, y en estos casos se termina por completo el segundo tiempo antes de que se inicie el tercero. Pero cuando ocurre en la columna vertebral para el encajamiento una curvatura en sentido anormal, por ejemplo, en las presentaciones de cara o en las de hombro, se presentan simultáneamente en el estrecho superior la porción más voluminosa de la cabeza y los hombros en la presentación de cara, o bien el hombro que se presenta y la cabeza en la presentación lateral, y no es posible su encajamiento total sino a condición de que antes de terminarse este tiempo sobrevenga la rotación que haga a la cara anterior del cuello colocarse detrás de la sínfisis del pubis, que tiene, aproximadamente, la misma longitud. Solamente en estas condiciones puede avanzar la cabeza sin los hombros si se trata de la presentación de cara, o el hombro y el tronco si se trata de la presentación de hombro.

El tercer tiempo, que es el de la rotación intrapélvica, se produce en las presentaciones de vértice y en las de nalgas cuando la presentación ha llegado al estrecho inferior, y, en cambio, se produce antes en las presentaciones de cara y en las de hombro; en estas últimas cuando se ha tenido la imprevisión de no intervenir en el momento preciso. La rotación tiene por objeto, como se dijo en el lugar oportuno, orientar el diámetro mayor de la presentación en el sentido anteroposterior, que es el mayor diámetro del estrecho inferior.

En las presentaciones de cara y de hombro, este movimiento de rotación es más precoz, y tiene por objeto inmediato resolver el conflicto que resulta de presentarse en el estrecho superior los dos ovoides al mismo tiempo, unidos entre sí por un órgano tan corto como el cuello. De este modo en la presentación de cara viene a quedar el mentón por debajo de la sínfisis del pubis, y al hacer la cabeza un movimiento de flexión, tropieza con la escasísima resistencia que oponen las partes blandas de la pelvis, de modo que puede hacer prominencia más allá de la sínfisis, de manera que el diámetro máximo de la cabeza se reduce en toda la

longitud del maxilar inferior, y por un movimiento de flexión aparece el mentón en la vulva y tras de él el resto de la cabeza.

En la evolución espontánea de la presentación de hombro, la rotación precoz es también indispensable para que quede la cabeza por encima de la sínfisis del pubis, en tanto que la región acromial viene a hacer prominencia por debajo de la misma. El cuarto tiempo, que es el de la expulsión, se hace por extensión de la cabeza en la presentación de vértice, por flexión en la presentación de cara y por inflexión lateral unida a la torsión en la presentación de nalgas. Los dos tiempos últimos se hacen por mecanismos análogos a los de rotación interna y expulsión del primer ovoide.

Merece una breve advertencia el problema de la anestesia en obstetricia. Hace ya cerca de un siglo que se empezó a emplear dicha anestesia para variar intervenciones, especialmente para las versiones que tanto se entorpecen por las contracciones del útero. Más adelante se observó la posibilidad de emplear el cloroformo para mitigar el dolor que las contracciones del útero producen, sin disminuir la eficacia de las mismas. Los trabajos realizados por este procedimiento en Francia y en Inglaterra dieron lugar a numerosas discusiones, pero el método de la administración de dosis pequeñas y espaciadas de cloroformo fué ganando cada vez más adeptos, hasta el extremo de que el 7 de Abril de 1853 el médico de la Real Cámara inglesa James Clark administró el cloroformo de este modo a la Reina Victoria de Inglaterra con motivo de su octavo parto. Cuatro años más tarde volvió a administrársele con motivo de otro parto, y desde entonces se generalizó esta forma de emplear la anestesia, que se ha llamado anestesia a la reina. La posibilidad de obtener la analgesia de las contracciones uterinas por medio de las inhalaciones escasas y espaciadas de cloroformo está en la actualidad perfectamente demostrada, pero quedan algunas objeciones que hacer a su empleo: En primer lugar, toda anestesia lleva consigo un peligro de síncope, lo cual tiene justificación ante un acto qui-

inercia uterina determina una retención de la placenta unida a una copiosa hemorragia uterina.

Esta denominación, por muy arraigada que se encuentre, merced al uso, no deja de tener un importante inconveniente. Los términos de alumbramiento espontáneo y de alumbramiento artificial son claros y precisos; pero llamar alumbramiento natural a uno que no se hace por las fuerzas naturales de la mujer, sino merced a la intervención del tocólogo es, aparte de un lenguaje inexacto, crear una fácil confusión a los escolares, y por tanto, es preferible emplear para este caso, sin duda el más frecuente de todos, el término de extracción simple.

Si nos fijamos en el caso de la expulsión espontánea, recordaremos que se hace en tres tiempos: el primero consiste en el despegamiento de la placenta y de sus membranas. El desprendimiento se inicia por la placenta, pero el mecanismo es objeto de amplia discusión todavía. La opinión más antigua, de Baudelocque, suponía que son las contracciones uterinas, que se hacen mucho más extensas después de vaciarse la matriz de la mayor parte de su contenido, las que provocan la separación de la placenta.

A consecuencia de esta separación se acumula entre el útero y la placenta gran cantidad de sangre que sigue empujando a ésta y provoca la inversión de la misma, es decir, la inversión del huevo entero que, como un calcetín, se invierte quedando al exterior la cara amniótica. Esta cara de la placenta es la que se presenta en el orificio uterino y más adelante en la vulva. Si el desprendimiento se hace en dicha forma, la mujer no pierde sangre hasta después de la expulsión de las secundinas. Pero no siempre se inicia el desprendimiento de la placenta por el centro de la misma, que es la condición necesaria para que las cosas ocurran en la forma que se ha dicho. Otras veces se inicia este desprendimiento por uno de los bordes y en ese caso se arrolla la placenta formando como un cilindro con la longitud en el sentido del diámetro mayor del útero. En estos casos la placenta se presenta en el orificio uterino y más tarde en la vulva por su borde y la mujer empieza a perder sangre, a

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.



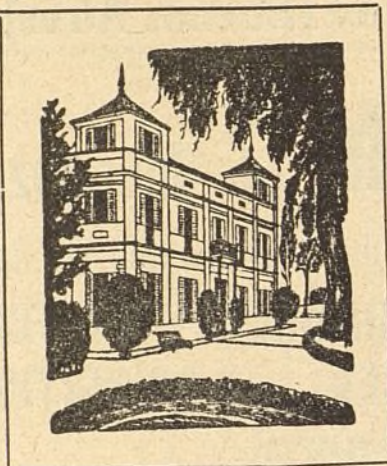
THUS- -SERUM

FÓRMULA	{ Tiocol	0'25
	{ Gomenol	0'05
	{ Lactofost. cálcico	0'25
	{ Extr. Malta	0 5

Indicado en
todas las afecciones de las

VÍAS RESPIRATORIAS

Laboratorios VIÑAS - Claris, 71 - BARCELONA



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA
Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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 colestérina, 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.

Nujol

MARCA

REGISTRADA

CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

EL PROTOTIPO DE TODOS

Ha sido demostrado que el grado de viscosidad definitivamente escogido para el Nujol es fisiológicamente exacta.

LOS ACEITES DE VASELINA



REQUERTE HERMANOS, C.^a
Ronda Alcaza, 55 - MADRID

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

29-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.

El proletariado profesional.

Con el epígrafe «El Proletariado profesional (Medicina)» publica *Revista Médica Veracruzana* del primero de Octubre próximo pasado un muy documentado y concienzudo artículo que bien merece, a nuestro juicio, ser conocido por los ilusos que aún creen que América es la Meca a que pueden encaminarse en busca de fortuna los que en

dos del siglo pasado, en que los profesionistas en general y los médicos en particular eran bien escasos para el total de la población de la República, en la actualidad la superabundancia de unos y otros puede ser considerada como un verdadero «cáncer social», si se me permite la comparación.

Durante el estudio y preparación de la carrera, las ilusiones van creciendo para padres e hijos, y los castillos en el aire que se forjan los estudiantes aumentan a medida que se van pasando los exámenes de fin de curso, se van venciendo las dificultades que el estudio ofrece y van disminuyendo los años que faltan para llegar a la meta apetecida, para alcanzar el anhelado título profesional; creyendo que con poner la placa respectiva en la puerta de la casa habitación, establecer un consultorio más o menos modesto, indicándolo con un rótulo más o menos llamativo, y anunciándose en los periódicos de mayor circulación, los clientes, y especialmente los clientes ricos, van a acudir en busca del nuevo médico como las moscas a la miel.

Pero todas estas ilusiones se desvanecen

después de haber ido progresando y obteniendo medios con que subvenir a sus necesidades, aunque lenta y modestamente; mientras que él perdía lastimosamente su tiempo, malgastaba sus energías, y el padre erogaba constantemente gastos que sumados año con año, al cabo de los necesarios para poder obtener el soñado título, constituyen un capitalito más o menos pequeño o cuantioso, según las circunstancias individuales, que hubiera sido más provechoso, y hubiera producido resultados y bene-

EL ANALGESIOO VERAMON SCHERING se distingue

- 1) por la intensidad de su efecto analgésico.
- 2) por no causar sueño.
- 3) por no atacar al corazón ni causar sensaciones de calor.

España no consiguen malsituarse ni malvivir a expensas de la profesión.

Para el debido conocimiento de aquellos a quienes interesa, el artículo a que nos referimos dice así:

«Desde épocas ya remotas, la tendencia y el afán de los padres de familia, y con especialidad de los que integran la clase media y los medianamente ilustrados de la clase humilde, por su pobreza, procuran por cuantos medios están a su alcance que sus hijos adquieran un título profesional, dedicándolos al estudio de alguna de las carreras literarias que los proporcionan, para que en la lucha por la vida que inevitablemente tienen que sostener, con la secuela del tiempo, cuenten con elementos suficientes para salir avantes en ella, dando la preferencia, en lo general, a la Medicina, porque la han considerado, si no la más lucrativa, sí la que desde luego les ha de proporcionar los elementos suficientes para poder vivir; pues han creído y continúan creyendo—y así se lo dicen a sus propios hijos, sugestionándolos con sus ideas—que, por mal que les vaya nunca les faltarán tres o cuatro visitas con las que tendrán para poder comer, cuando mueran, mientras se acreditan y se hacen de una clientela para llegar a ser un Jiménez, un Lucio, un Liceaga, un Terrés, un Ulises Valdés, etc., con lo que los muchachos fácilmente se ilusionan

REUMA CIÁTICA ARTRITISMO CIATICARINA García Suárez.

y dedican todas sus energías a ser médicos.

Y no hay, ni puede haber, error más lamentable, ni perjuicio mayor que se les pueda hacer a los pobres muchachos inexpertos que inculcarles estas ideas, que si tuvieron su razón de ser a media-

cen como el humo al día siguiente del examen general; porque pasan días y días y transcurren semanas y semanas, y se deslizan meses y meses sin que acudan al nuevo médico los ansiados clientes, y cuando éstos empiezan a presentarse son de los que no dejan honorarios, por pertenecer a la categoría de las tres pes (pobres, parientes y prostitutas, antiguas amigas y conocidas del anterior estudiante). Y mientras tanto, las necesidades apremiantes de la vida, los alimentos, los vestidos, la renta de la casa, aprietan con mano férrea y estrangulan fuertemente al incauto e inocente joven que no supo discernir su vocación ni tuvo energía para seguirla y fué encarrilado por un camino distinto del que debía haber seguido.

Cuánta amargura, cuánta desilusión, cuánta tristeza, y qué profunda decepción; todo lo cual se acrecienta si el novel médico se compara con los antiguos compañeros de la infancia, que habiéndose dedicado a la industria, al comercio, a los oficios, bien sea con sus propios elementos, bien sea como empleados en ellas, cualquiera de ellos disfruta de un bienestar más o menos amplio

ficios más positivos empleándolo en cualquiera de las actividades humanas ajenas a las profesiones.

Cansado de esperar a los clientes que no vienen, desengañado de las bellas ilusiones forjadas durante los estudios y apremiado por las necesidades urgentes de la vida, el nuevo médico emprende el *viacrucis* para convertirse en un burócrata, a fin de poder conseguir un empleo, una iguala, una colocación cualquiera con que poder cubrir las necesidades de su existencia, convirtiéndose a la postre en un empleado del Gobierno, particularmente, médico militar, amanuense de cualquier oficina, esclavo de cualquiera negociación industrial, minera o agrícola; sí, esclavo sí, porque si se compara el aparatosamente cuantioso sueldo que disfruta en ellas con el número de enfermos que tiene que atender, las operaciones que se ve obligado a ejecutar y el constante trabajo que tiene que desempeñar día y noche, resulta que cada visita, operación o consulta le producen unos cuantos centavos, y al comparar estos relativamente exigüos honorarios, ganados con tanto trabajo material e intelectual, con los salarios devengados por el más insignificante obrero de la misma finca o negociación, con un trabajo mecánico y automático, este último resulta un potentado, un favorecido por la Fortuna.

Almorranas internas, externas y afecciones del recto. Mediación hemorroidal completa Dr. Ribalta. Prospectos gratis. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

¿Y para llegar a esta triste situación es para lo que estudió diez o doce años, perdió inútilmente los mejores años de su vida, dilapidó sus energías, y él o su padre gastaron más o menos cantidad de dinero?

¡Oh! horror de los horrores.

Y el pobre, el desgraciado médico que llega a encontrarse en estas condiciones, se vuelve rutinario, trabaja mecánicamente, abandona las labores y no se ocupa ni de los libros que le sirvieron de texto, ni de los nuevos, ni de las revistas científicas, tanto por la decepción sufrida, cuanto por la falta de tiempo para dedicarse a ellos, así como porque el cansancio y el fastidio inherentes a su trabajo le quitan el ánimo de hacerlo, prefiriendo entregar su cuerpo al descanso, al absoluto reposo, para poder continuar con lo misma brega al día siguiente.

Y no se crea que exageramos, que recargamos de tintas oscuras el cuadro, no. Escudriñese, búsquese y compáren-

NEUROTÓNICO

Medicación glicero-arsenical fosfatada con nucleína y estricnina.

En Elixir e Inyectable.

Tónico reconstituyente en todos los casos de ANEMIA O DEBILIDAD

se en el grupo de médicos que año por año produce la Facultad y las diversas Escuelas de Medicina de la Nación, el número de los plutócratas y de los que favorece la Fortuna con una mediana clientela, con los burócratas y de los parias de la profesión, y se conocerán las cifras aterradoras de estos dos últimos grupos; cifras que van en constante aumento al correr de los años, a los que se adunan poderosamente para aumentar estas cifras los Sanatorios y Centros de higiene infantil, establecidos por el Departamento de Salubridad Pública de la Nación y demás establecimientos análogos.

A esta desastrosa situación de la gran mayoría de los médicos contribuye poderosamente la tendencia uniforme de todos ellos a establecerse en la capital de la República, en las de los Estados y en las poblaciones de cierta importancia, absteniéndose de ir a establecerse, por razones ostensiblemente justificadas, en las de poca importancia, villorrios y fincas de campo.

Para compensar estos fracasos—y con el desengaño provocado por la tremenda y poco noble competencia de los charlatanes de todas clases, tolerada, y aun en cierto modo fomentada por nuestra defectuosa legislación sobre esta mate-

que tengan una verdadera vocación para ella, aquellos que sepan anteponer los intereses de orden moral en beneficio de sus semejantes, los altruistas, en una palabra, a los intereses de orden material y particular o individual, los egoístas.

Lactofitina: reconstituyente infantil

tas; aquellos que estén decididos a pasar penalidades durante los primeros años del ejercicio de la profesión, antes de alcanzar las pocas satisfacciones de los años posteriores; a sufrir las decepciones de orden científico, como la impotencia para remediar una enfermedad, una afección, no obstante lo preciso y exacto del diagnóstico, y las de orden social, como las inconsecuencias y majaderías de los clientes.

Es un hecho bien comprobado que existe una verdadera plétora de médicos en la capital de la República, en las de los Estados, y en las poblaciones de alguna importancia; pero también es cierto que carecen de médicos las poblaciones de poca importancia, los villorrios y las fincas de campo; las que, a más no poder, tienen que acudir a los curanderos, yerbateros, templos espiritistas y demás variedad de charlatanes; por lo que, si

no tendrían a la mano al maestro, al amigo, médico viejo, práctico y con suficiente experiencia de la profesión y de la vida; con lo que adquirirían una vasta y sólida experiencia propias, que después sabrían aprovechar; porque los fracasos que tuvieran, fracasos inevitables en todo aquel que principia, quedarían limitados a una pequeña zona circunscrita, y no le perjudicarían para el futuro de su crédito profesional, y porque en el orden material, obligados por las condiciones de vida de dichos villorrios, tendrían que gastar menos de lo que ganaran, y forzosamente harían ahorros, con los que se podrían establecer definitivamente más tarde, en su tiempo y oportunidad, en las poblaciones de im-

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

portancia, substituyendo a los médicos viejos, que bien sea por retirarse del ejercicio de la profesión, bien sea porque se murieran, tienen que dejar lugares y posiciones vacantes.

Estos idealismos no se han de obtener por consejos y recomendaciones que se den y hagan a los padres y a maestros, porque unos y otros tienen muy arraigada la idea de que, siendo médicos, «no les faltarán 3 o 4 pesos diarios, con lo que tienen para comer» (error y prejuicio lamentables, lamentabilísimos, que perjudican para toda la vida a aquellos a quienes creen y desean favorecer), con lo que sugestionan fácilmente a los muchachos.

Pero si se pueden alcanzar pidiendo, como lo hacemos, a los profesores de la Facultad y de las Escuelas un rigorismo extremado con sus alumnos, no solamente en los exámenes parciales de fin de curso, sino en los generales al terminar la carrera.

Este procedimiento sería el verdadero tamiz para la actual abundancia de estudiantes, porque con él solo lograrían obtener el título los aptos y los competentes, y los que por estas dos circunstancias es de esperar que predominen en ellos las ideas altruistas sobre las egoístas; y un valladar en lo venidero, porque tropezando desde los primeros

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

se reflexiona un poco, pudiera resultar que para toda la República en general no hay plétora de médicos, sino una mala, una pésima distribución de ellos.

Y esta situación, este estado de cosas, continuará creciendo a medida que transcurra el tiempo y continúen acudiendo a las Escuelas de Medicina jóvenes que, deslumbrados por considerar que la profesión de Medicina es bastante lucrativa, dados los ejempos que tienen a la vista, creen encontrar en ella un porvenir.

Si en lugar de estos futuros comerciantes de la profesión acudieran a las aulas únicamente aquellos que tuvieran una verdadera vocación, el beneficio sería para la masa general de la población y para ellos mismos.

Para el pueblo en general, porque decididos a llevar una vida de abnegación, se despararían temporalmente por todos los villorrios y fincas de campo

Urosolvina: eficaz antiúrico.

de la República, impidiéndole ser víctima de toda clase de charlatanes.

Para ellos mismos, porque en el orden científico aprenderían a resolver todas las dificultades y problemas que se les presentaran por sí mismos, toda vez que

Yoduros Bern de (K y Na), químicamente puros. No provocan Iodismo. Fabricación nacional.

pasos que den en la carrera con obstáculos inseparables para su talento y aptitudes, se convencerían de su incapacidad y pronto desistirían de seguir dicha carrera, dedicándose a desarrollar sus energías en las diversas actividades humanas, con gran beneficio para ellos mismos, y serían tal vez los pregoneros en las masas sociales con las que estuvieran en contacto de las dificultades casi insuperables de llegar a ser médicos para la generalidad de las personas, ya que únicamente estarían predestinados a serlo los que tengan las cualidades requeridas para ello, los que tengan una verdadera vocación.

MANUEL S. IGLESIAS.

SIGUE A LA PAGINA XXIV

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.




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.



Efetonina

evita y hace desaparecer la
debilidad circulatoria

evita y hace ceder el
espasmo braquial

calma la
disnea de los bronquíticos

facilita la
expectoración

MUESTRAS Y LITERATURA

Productos Químico-Farmacéuticos, S. A.

APARTADO 724

BARCELONA

E. MERCK DARMSTADT

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO :: MONOGRAFÍAS

Tomos de 128 páginas. Encuadernados. Precio: 1,50 ptas.

Pídanse detalles a la Administración de la Revista, Serrano, núm. 58, Madrid.

Ayuntamiento de Madrid

SALICILATO DE SOSA

POR VÍA BUCAL

SIN INTOLERANCIA

POR EL

Salicitiro

SUPRIME LOS TRASTORNOS DIGESTIVOS, LOS FENÓMENOS DE ACIDOSIS
AUMENTA EL APROVECHAMIENTO MEDICAMENTOSO

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA

FÓRMULA (Por cucharada grande)..	Salicilato de sosa.....	2 gramos.
	Tiroidina (Extracto glándula seca).....	3 centigramos.
	Alcalinos.....	a saturación.
	Jarabe de naranjas.....	15 c. c.

LA EXPERIMENTACIÓN CLÍNICA DEMUESTRA:

Un refuerzo de la acción terapéutica del salicilato.

Una favorable actuación opoterápica sobre la constitución del reumático.

Una ingestión de salicilato privada de los trastornos gástricos característicos.

**COLABORACIÓN QUIMIOTERÁPICA Y HORMONAL DE ACCIÓN CURATIVA EN EL
REUMATISMO POLIARTICULAR AGUDO. — REUMATISMOS CRÓNICOS EN GENERAL, etc.**

VITOLO

**SOLUCIÓN TIPO DE CACODILATO DE SOSA (20 centigramos por c. c.)
ESTERIL. — ATOXICO. — INDOLORO**

FÁCIL DOSIFICACIÓN. — APLICABLE POR TODAS LAS VÍAS

Subcutánea.
Intramuscular.
Intravenosa.

Todas las indicaciones del cacodilato cumplidas cómoda y eficazmente.

Muestras y Literatura al

Departamento médico del Laboratorio Juste. — MADRID

Francisco Navarro, 3, Hotel **APARTADO 9.030.** — Teléfono 55.386.



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Contribución al estudio de las llamadas meningitis serosas traumáticas, por el Dr. G. Durán.—Ideas actuales sobre la patogenia y tratamiento hidromineral de la gota, por Cecilia García de Cosa.—Clínica Médica Universitaria del profesor doctor Jiménez Díaz: Un caso de miocardia menopáusica. Endarteritis reumática.—Bibliografías.—Periódicos médicos.

CONTRIBUCION AL ESTUDIO

DE LAS LLAMADAS

MENINGITIS SEROSAS TRAUMATICAS

POR EL

DR. M. GÓMEZ DURÁN

Médico militar y de la Beneficencia Municipal.

Los síndromes de hipertensión o compresión cerebral que se presentan después de un traumatismo de cabeza, constituyen siempre una incógnita difícil de enjuiciar para el práctico. En más de una ocasión, ante un cuadro grave de traumatismo encefálico se formula un pronóstico sombrío aun cuando no se pueda hacer un diagnóstico exacto de la naturaleza y condiciones de la lesión. Sin embargo, aquel cuadro en un principio grave va mejorando con simples punciones lumbares. ¿Qué clase de lesión ha sufrido el accidentado? ¿Cómo podemos explicarnos el que un cuadro tan grave haya evolucionado hacia la curación a pesar de una terapéutica tan sencilla? En estos casos, muy probablemente el enfermo ha sufrido una genuina meningitis serosa traumática. Pues contribuir y vulgarizar entre los prácticos esta noción de adquisición relativamente reciente, es el objeto del trabajo que vamos a publicar.

Una de las cuestiones que más preocupa hoy a los neuropatólogos, aparte de los problemas de técnica diagnóstica del sistema nervioso central, es probablemente el estudio, interpretación y diferenciación de los llamados síndromes o estados meníngicos.

Desde que Robert Whytt separó las afecciones propiamente cerebrales de la llamada hidrocefalia aguda, admitía implícitamente un grupo demasiado confuso de procesos agudos o crónicos cuyo tipo genuino lo representaba la clásica meningitis tuberculosa.

Posteriormente, D'Herpin reconoció la trascendental importancia que en patología nerviosa tenían las envolturas fibrosas y serosas del encéfalo, y creó el término meningitis. Más modernamente los clínicos han diferenciado un conjunto sindrómico que no res-

pondería al cuadro fenomenal propio de las inflamaciones meníngicas propiamente tales, y llamaron meningismo (Duprè) a esos estados de simple irritación meníngica no acompañados de lesiones groseras de las cubiertas encefálicas.

Pero antes de seguir adelante, quisiéramos hacer una aclaración de capital interés: Mientras que la meninge dura produce una sintomatología superponible o, al menos, muy difícil de distinguir en clínica, de los procesos con tendencia a localización y esclerosis, y que se traducen por fenómenos de hipertensión intracraneal, tipo tumor, en cambio las meninges blandas son serosas mudas en el sentido de que no producen síntomas propios, sino que su expresión clínica es prestada de la corteza cerebral subyacente, lo que *a priori* se comprende por los trastornos vasculares, toxiinfecciosos y de compresión que producen sobre la propia substancia nerviosa y que clínicamente se traducen por reacciones encefalocorticales bien ostensibles.

Ahora bien; las meninges, como tales serosas, reaccionan muy sensiblemente a los estímulos infecciosos y tóxicos, mecánicos, reflejos, etc., hasta tal punto que la clasificación puramente patogénica de los estados meníngicos es prácticamente muy difícil, y todavía podemos leer con frecuencia observaciones de clínicos expertos que, después de las pesquisas más tenaces y bien orientadas, han tenido que terminar por reconocer que existen meningitis con gérmenes de origen desconocido. (Alfred Hamis.)

Asimismo cada vez se iba concediendo un papel más preponderante a las meningitis o reacciones meníngicas provocadas por noxas químicas endógenas o exógenas; tal ocurre con la ya clásica meningitis urémica y las producidas por posibles medicaciones intrameningeas.

En este camino de las reacciones meníngicas fue como Quincke aisló la llamada meningitis serosa. Con ello quedaba establecido que en las meninges, como en las demás serosas, pueden existir las dos clases bien netas de inflamación: una, claramente purulenta, y otra, simplemente serosa. Y es obvio

que se pueden encontrar todas las transiciones: desde la reacción meníngea de líquido hipertenso, pero por lo demás normal en el resto de sus propiedades, hasta la meningitis purulenta, pasando por todas las formas intermedias.

Es dentro de este grupo, cada vez más nutrido, de las meningitis abortivas, según las llaman algunos clínicos, como en época reciente se ha aislado, primeramente por Meslier, hacia 1907, la meningitis aséptica traumática, esto es, la reacción meníngea consecutiva a traumatismos craneales no infectados. Más tarde, Payr, en 1916, describe la meningitis serosa traumática aséptica, considerando como tal la reacción meníngea debida a la presencia de sangre en el líquido cefalorraquídeo. Pero han sido particularmente Spetta y Durard en 1927 los que contribuyen al conocimiento de la meningitis serosa o meningitis aséptica, caracterizada clínicamente por el cuadro sintomático de toda meningitis y biológicamente por líquido cefalorraquídeo más o menos turbio, pero estéril, con absoluta integridad de los polinucleares. (Widal, Philibert, Menetrier.)

Si interesantes son las meningitis asépticas consecutivas a la hemorragia cerebral traumática, más lo son todavía las consecutivas a las afecciones purulentas del oído medio y, sobre todo, las que se observan después de la raquianestesia y fracturas de base de cráneo. Lo fundamental de todos estos casos, desde el punto de vista del líquido cefalorraquídeo, estriba en que en todos ellos aparece siempre al principio una reacción, representada casi exclusivamente por leucocitosis polinuclear, que progresivamente se convierte en linfocitosis.

No obstante estos caracteres que se asignan a las meningitis asépticas, algunos clínicos se preguntan: ¿realmente existen dichas reacciones meníngeas? No se trata simplemente en el fondo de una cuestión de teoría ni de terminología, sino más bien de un problema de gran trascendencia pronóstica. Y la disparidad existe de modo evidente, entre los clínicos que han aceptado de buen grado la existencia de estados meníngeos de tipo seroso y los tratadistas que se han ocupado reiteradamente de la cuestión. En efecto, el hecho de admitir que una meningitis es serosa, vale tanto como decir que estamos ante un estado meníngeo de pronóstico favorable, o, por lo menos, que no es la primera fase de una reacción meníngea evolucionando hacia la supuración, es decir, corrientemente hacia la muerte; lo que hace que, al menos clínicamente, debamos mantener esta expresión de meningitis serosa o simpática aséptica y preferirla a otras denominaciones propuestas, como hidrocefalia aguda, etc. Esta incertidumbre respecto a la verdadera significación nosológica de esta forma de meningitis, estriba esencialmente en el hecho de que su cuadro fenomenal no se considera todavía suficientemente aclarado y preciso.

¿Cuáles son los caracteres esenciales que orientan al clínico en el diagnóstico de la meningitis serosa? Los signos de presunción o de orientación clí-

nica podemos clasificarlos en los grupos siguientes:

a) La diátesis exudativa, más frecuente, sobre todo en los jóvenes, y que se confunde con lo que algunos autores llaman temperamento angioneurótico o vasolábil. Sabido es que Quinke ha relacionado la acumulación excesiva de líquido cefalorraquídeo, producido bajo la influencia de reacciones inflamatorias subagudas de epéndimo ventricular o meninges, con la producción tan rápida de líquido en las urticarias nerviosas, tipo hidropesía articular intermitente, edema agudo de piel y mucosas, etc., todo ello producido por especiales trastornos vasomotores o angioneuróticos. (Raúl de Montaud.)

Que existe un factor constitucional evidente en la producción de estos estados meníngeos, lo prueba el hecho de que una misma causa etiológica, por ejemplo, un foco supurado yuxtameníngeo, determina en unos una exudación de naturaleza tóxica, más que infecciosa, y de evolución benigna; en otros que no tienen esta propensión a reacciones serosas, desencadena una meningitis netamente supurada de terminación absolutamente fatal.

Asimismo, en esos sujetos de diátesis exudativa angioneurótica, el propio Quinke ha reconocido otra característica: la posibilidad de recaer y durar, por decirlo así, casi toda la vida del enfermo; se citan efectivamente casos de sujetos con otitis supurada que sufren crisis evidentes de meningitis, incluso fiebre, que curan sin intervención, con un tratamiento puramente sintomático.

Lo propio ha ocurrido con traumas encefálicos repetidos, a condición de recaer en sujetos vasolábiles y no comunicar directamente con el exterior.

b) Los factores etiológicos que pueden determinar un cuadro de meningitis serosa son:

1.º Unos de causa general particularmente renal, tipo meningitis urémica, que, al decir de Milhit y Liége, serían verdaderas fluxiones blancas, determinadas por retención urémica, o de venenos completos que producen la congestión de los vasos de pia-madre, así como diapedesis, por una acción químico-táctica positiva.

Asimismo, entre las causas generales de meningitis serosa, se citan los choques emocionales fuertes, embarazo, intoxicaciones e infecciones agudas o crónicas, en especial tuberculosis y acaso la sífilis. Añadamos que en estas infecciones crónicas, el agente de estas meningitis sería un agente infeccioso atenuado, o bien, más probablemente, una toxoinfección microbiana.

2.º Agentes locales que pueden producir meningitis serosas: tenemos en primer término los trastornos cerebrales, que con gran frecuencia determinan como complicación meningitis simpática, en particular las neoplasias de ángulo pontocerebeloso. En segundo término están los traumatismos craneales, que pueden producir, ya una meningitis serosa generalizada (apendicitis, aracnoiditis), o circunscrita a corteza o base encefálica. Evidentemente en todos estos casos se produce un cuadro de hipertensión

TODAS LAS VENTAJAS Y NINGUNO DE LOS PELIGROS

Los médicos saben que en muchos casos no ya el abuso sino el uso moderado del café ocasiona trastornos funcionales en el organismo: insomnio, excitabilidad, aumento de la presión arterial, alteración del pulso, taquicardia, poliuria, etc., son síntomas que se observa a sí mismo el consumidor habitual de café. Tratándose de personas robustas, estas perturbaciones pueden originar a la larga enfermedades nerviosas, cardíacas, renales, artríticas... Tratándose de personas débiles, el síntoma es ya la denuncia de la enfermedad.

INOFENSIVO PARA EL CORAZON



Pero, sustituyendo el café ordinario por el CAFÉ HAG, descafeinado, se obtienen todas las ventajas del café sin ninguno de sus peligros. / El CAFÉ HAG está preparado con los mejores cafés de América y la cafeína ha sido extraída en crudo, por lo cual los principios aromáticos procedentes del tostado subsisten íntegros. / Empleando la misma cantidad, se obtiene una riquísima infusión de olor y sabor idénticos a los del café corriente.

Pídanse literatura y particularidades al
Concesionario: FEDERICO BONET
Apartado 501 - Madrid / Apartado 888 - Barcelona

Café HAG

INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LITERATURA CIENTÍFICA

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

ESTREÑIMIENTO TRATAMIENTO FISIOLÓGICO



A BASE
DE:

1°
**EXTRACTO TOTAL DE LAS
GLÁNDULAS DEL INTES-
TINO**, que refuerza las
secreciones glandulares
de este órgano

2°
**EXTRACTO BILIAR
DESPIGMENTADO**,
que regulariza la
secreción de la bilis

3°
AGAR-AGAR
que rehidrata el
contenido intestinal

4°
**FERMENTOS LÁCTICOS
SELECCIONADOS**
acción anti-microbiana y
anti-tóxica

1 a 6 Comprimidos
antes de cada comida

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

AGENTE: FRANCISCO MIRABENT, Corcega 418, BARCELONE

que puede sobrevenir con extraordinaria agudeza; particularmente el éxtasis papilar puede ser tan intenso que produzca amaurosis completa en pocas horas. Lo interesante de todo esto para nosotros estriba que, al pensar en la posibilidad de una meningitis serosa traumática, debemos sopesar justamente las causas generales que pueden determinar por sí solas las reacciones meníngeas tipo seroso. Pues es evidente que si, al lado de la causa traumática local, ponemos los factores predisponentes, o mejor determinantes, generales, resultará que la posibilidad del diagnóstico de meningitis aséptica traumática será muy probable.

Ahora bien, clínicamente admitiremos tres formas fundamentales de meningitis serosa, según el criterio de Ayala: cefalálgica, pseudotumoral y pseudomeningítica, que por sus denominaciones se adivina su cuadro clínico característico. ¿Cuál es, pues, la sintomatología general de las meningitis serosas? En términos generales puede afirmarse que podemos pensar en ella cuando con el cuadro de la meningitis existe un líquido cerebroespinal absolutamente claro, microscópicamente normal, saliendo con presión y dejando al enfermo después de la evacuación en un estado de mejoría neta durante algunos días. A estos síntomas se ha añadido últimamente como signo poco desfavorable la existencia de una neuritis óptica. Para Marzio es constante en la meningitis serosa la sintomatología ocular, y en las formas poco típicas puede ser el único fundamento diagnóstico. Se citan, efectivamente, trastornos del equilibrio de los músculos de diversos pares craneales, particularmente del III, IV y VI pares, y trastornos de convergencia. No suele faltar una heteroforia más o menos acentuada, que se presenta bajo forma de endoforia o de exoforia corregible por lentes prismáticos. Asimismo no es raro el nistagmus acentuado, y aun diplopia más o menos persistente. Se trata de enfermos que aquejan disminución de la visión: sensación subjetiva debida principalmente a un estado de obnubilación de la vista, con torpeza del sentido cromático y luminoso. Al examen del campo visual se encuentra casi siempre la presencia de un escotoma central absoluto o relativo. Es característico el hecho que, mientras el oftalmoscopio nos hace ver una neuritis óptica o una papila de éxtasis, el campímetro nos permite hacer un diagnóstico diferencial entre neuritis y la papila de éxtasis por tumor de un lado, y papila fuertemente edematosa por meningitis serosa de otro.

Oftalmoscópicamente, Marzio, en la meningitis serosa, distingue cuatro tipos diferenciados de edema papiloretiniano:

1.º Forma larvada incipiente, con edema retiniano peripapilar, en la que la papila es de color normal y los bordes aparecen ligeramente esfumados por ligera sufusión edematosa. 2.º Forma larvada de antigua fecha, en la cual la papila está generalmente hiperhémica, las venas muy tirantes, el edema retiniano grisáceo se extiende más allá de la mácula, que parece de color rosado vivo y recuerda la embolia de la

arteria central. 3.º Forma subaguda reciente, en la cual el cuadro oftalmoscópico es el de una papiloneuritis incipiente, con bordes desaparecidos y con edema que se inicia directamente en la papila, determinando una elevación de 4-5 dioptrías. 4.º Forma subaguda de fecha antigua, que semeja la papila de éxtasis con gran elevación edematosa y presencia de pequeñas hemorragias a lo largo de los vasos.

El conocimiento de esta sintomatología ocular es para el cirujano de un gran interés, porque su correcta interpretación envuelve dos problemas de gran trascendencia: es el primero determinar cuáles de estos síntomas oculares pueden referirse a una posible fractura de base de cráneo, y el otro se refiere al valor que para un diagnóstico de meningitis serosa pueda tener la sintomatología ocular. Desde luego, es obvio que pueden coexistir los dos elementos patogénicos de los fenómenos oculares, o bien los síntomas oftalmológicos pueden depender de uno solo de los procesos, determinantes en todo caso de un cuadro neto de hipertensión.

Y tiene un extraordinario interés en la práctica el saber enjuiciar correctamente el cuadro de hiperpresión cerebral que puede sobrevenir consecutivamente a un traumatismo craneal, sobre todo por su gran importancia pronóstica. Por eso vamos a presentar un caso que hemos tenido ocasión de observar muy demostrativo a este respecto:

N. G., de veinte años, natural de San Pedro Manrique (Soria), soltero, labrador.

Antecedentes hereditarios: Padre padece gastropatía ulcerosa. Madre sana. Siete hermanos viven, cuatro sanos, excepto uno que presenta demencia congénita.

Antecedentes personales: Enfermedades propias infancia sin secuelas. Hace tres años sufre un chancho que aparece quince días después de coito sospechoso; se diagnostica de específico y es tratado con medicación local y una serie de Neo y bismuto (quimby). A los seis meses nuevo tratamiento y otro al año; y al año siguiente, último tratamiento. Reacciones serológicas al año, débilmente positiva y a los dos años negativa (Wassermann Meinicke).

Antecedentes enfermedad actual: En Octubre de 1929 y montando un caballo, sufre una caída con pérdida de conocimiento que persiste unas seis horas, presenta epistaxis y otorragias, erosiones múltiples en mitad derecha de cara. Le aplican una cura de urgencia y hace su vida ordinaria sin notar más molestia que una cefalalgia muy violenta difusa, aunque más intensa en lado derecho, y que aumenta con tos, estornudo y movimientos violentos. Toma aspirina que le calma en un principio, pero luego es ineficaz. La cefalalgia se hace cada vez más violenta, hasta el punto de obligarle a ingresar en un hospital. Al propio tiempo presenta, al mes y medio del trauma, vómitos que no guardaban relación con las comidas y que no cedían a régimen y medicación antiemética. Simultáneamente nota que ve las imágenes dobles, y que esta visión doble desaparece al cerrar uno de los ojos.

Asimismo presenta mareos y sensación de vértigo de tal modo, que la deambulacion era difícil y pierde el equilibrio, aunque esto no ocurría de continuo. Estreñimiento pertinaz.

Pasados dos o tres meses aumenta la cefalalgia y vértigos, no cediendo a los analgésicos ordinarios y que le obligan a guardar cama cuarenta días. Al mes de su ingreso se practica una punción lumbar, obteniendo un líquido a presión, pero sin que el enfermo mejorara; antes al contrario, los quince días siguientes el enfermo presenta raquialgias violentas y especialmente un dolorimiento muy intenso en nuca. Al propio tiempo, las imágenes dobles las ve más lejanas y más próximas entre sí. A los diez días después, segunda punción, que retira líquido hipertenso que produce una agravación momentánea que dura dos días, a partir de los cuales nota mejoría evidente de todos los síntomas, particularmente de los trastornos oculares y vértigos. Un mes después, nueva punción: líquido a menos tensión, desaparición completa de trastornos oculares, la cefalalgia disminuye, pero persiste. Al propio tiempo, y dados sus antecedentes específicos, se trata con cianuro de mercurio intravenoso (12 centigramos en total). A los tres meses sale del hospital sin más trastornos que una cefalalgia discreta, que desaparece total y espontáneamente un mes después. El enfermo queda sin ninguna tara o déficit cerebral. La exploración del enfermo, a su ingreso en el hospital, dió el siguiente resultado:

Se trata de un sujeto de mediana estatura y bien constituido: con expresión fisionómica de sufrimiento y apatía por cuanto le rodea. Los movimientos son lentos y torpes; esquivo el trato y la cerebración es torpe y lenta, resultando la exploración difícil y poco precisa.

El examen de pares craneales demuestra: II, III, IV y VI pares.

Informe oftalmológico Dr. Renedo: O. D. V = 1 ½ cerca, Jaeger núm. 1. Punto próximo a 9 centímetros. Extasis papilar de un milímetro. Finísimas hemorragias en llama que aparecen al día siguiente de punción lumbar y que desaparecen a los ocho días. Campo visual normal para blanco y colores. No existe escotoma central.

O. I. V. = 1 ½ cerca, Jaeger núm. 1. Punto próximo a 9 centímetros. Extasis papilar de 1 ½ milímetros. Al día siguiente de la punción lumbar aparecen finísimas hemorragias en llama, y una de gran tamaño (¼ de papila aproximadamente) en borde papilar nasal que ha desaparecido a las dos semanas. Campo visual normal para blanco y colores. No existe escotoma central.

Parálisis de oblicuo mayor.

V par trigémino: Sensibilidad exagerada en puntos de Valleix correspondientes a tres ramas terminales del trigémino. Nada de músculos masticadores.

VII par facial: No hay deformación de óvalo facial. Reflejos corneal y conjuntival ligeramente disminuidos. Secreciones lagrimal y salival sensiblemente disminuidas.

VIII par acústico. N. vestibular. Sensación subjetiva de vértigo rotatorio. Pruebas vestibulares de Romberg, Barany y del vértigo voltaico positivas. N. coclear. Weber no lateralizado y Rinne positivo en ambos lados. Zumbidos de oídos e hiperacusia discreta.

IX, X, XI y XII pares craneales de agujeros, rasgado y condileo no alterados.

Las cefalalgias aparecieron muy precozmente y alcanzaron desde un principio una intensidad tal, que era el síntoma que más molestaba al enfermo.

Explorada la sensibilidad craneal a percusión, se demuestra que es más intensa en región occipital, hasta el punto que el enfermo espontáneamente se echa las manos a esta región como para sostener y comprimir la cabeza para mitigar el dolor.

Todas las causas que aumentan la tensión intracranélica exageran la cefalalgia. La percusión craneal, hecha con el mayor cuidado para investigar la posible existencia de fisura o fractura irradiada, no da resultado positivo. Asimismo, la palpación y la compresión craneal en los distintos diámetros es negativa.

La exploración nerviosa de miembros superiores da: La forma general del miembro no está modificada. Existe un ligero aumento del tono, pero sin contracturas ni actitudes anormales. Los reflejos tendinosos (explorados cubital, radial, olecranio, bíceps, tríceps y pectoral mayor) están claramente exagerados en ambos lados. La exploración de sensibilidad da: Disminución del tiempo de latencia y del umbral de excitación para modalidades de sensibilidad superficial; no hay modificaciones de sensibilidad profunda (exploradas actitudes pasivas, posición, topografía y estereognóstico).

El tronco presenta actitud y formas normales. La compresión de las vértebras en sentido axial y de las apófisis espinosas determinan sólo un dolorimiento que atribuimos más bien a la hiperestesia subjetiva que el enfermo localiza en su región espinal. La exploración de los diferentes movimientos de la columna dan un resultado dudoso, en cuanto a sensibilidad dolorosa, pero sin que por ello se aprecie limitación de los movimientos normales. Puntos de Valleix y Trauseaun positivos. Nada de desviaciones raquídeas. Signo Kernig dudoso. El vientre está muy ligeramente abarquillado, pero sin contractura manifiesta. Reflejos cutáneoabdominales no modificados. No hay trastornos esfinterianos.

En miembros inferiores se aprecia una cierta tendencia a espasticidad sin que tenga influencia en la marcha. No hay más modificaciones de actitud, forma, ni movimientos activo-pasivos. Los reflejos tendinosos y periósticos están sensiblemente aumentados (explorados patelar, aquileo y medio plantar). Clonus de rótula muy ligero, más exagerado en pie. No hay signos de Babinski, Gordon, Schaffer, ni Oppenheim. No signos de automatismo medular, ni movimientos involuntarios. Explorada sensibilidad táctil, térmica, dolorosa, vibratoria, de las actitudes segmentarias

MORRHUETINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

- A/** *Simplicidad de su composición*
Yodo. Hipofosfitos. cal. sosa manganeso
Fosfato sódico Glicerina pura.
- B/** *Ninguna sustancia de peligroso manejo para la infancia. Ni estrignina, ni arsénico*
- C/** *No es una emulsión, ni uno de los llamados extractos del aceite de hig. de bacalao. Es un licor no alcohólico, ni azucarado, de sabor gratísimo y tolerado perfectamente.*
- D/** *Medicación YODADA por excelencia. Depurativo. Reconstituyente*

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.
ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el tratamiento de las

- Adenopatías
- Linfatismo
- Escrofulismo
- Raquitismo
- Diabetes
- Heredosifilis
- Ameno y Dismenorrea
- Convalecencias
- Estados llamados Pretuberculosos



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

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

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS-FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DREVILL

y de las posiciones en el espacio, no se constatan modificaciones apreciables. Fenómeno de Strumpell incipiente. Signos Lassegue y Sicard dudosos. No signos de Bonnet y Neri.

La exploración psiquiátrica muy elemental da: Memoria de fijación y evocación defectuosas, aunque hay que hacer la salvedad del poco hábito a estos ejercicios y de la mentalidad ruda del enfermo. La orientación en el tiempo es correcta, no así en el espacio en lo que se refiere a la determinación de su persona con los objetos que le rodean, atribuible posiblemente a su estado vertiginoso. Respecto a la atención, tanto la espontánea como la voluntaria, están disminuidas y su fijación voluntaria exagera la cefalalgia pertinaz del enfermo. La exploración de la ideación demuestra una gran lentitud en el proceso de asociación, aun de las ideas más familiarizadas con la mentalidad del enfermo. En resumen: hay cerebración lenta y difícil con producción precoz de surmenaje.

La exploración de los restantes aparatos da: respiratorio cuadro de bronquitis crónica banal, con estertores subcrepitantes en bases.

Circulatorio: Tonos cardíacos reforzados. Área normal. Presión al Váquez Laubry, 13-7.

Digestivo: Aparte los vómitos que no guardan relación con las comidas, y la tendencia a estreñimiento, se aprecia una moderada contractura de paredes abdominales, sin defensa. Hígado y bazo normales. Investigaciones de Laboratorio:

Análisis orina: Acusa una discreta baja de cloruros (9 por 1.000) e indicios de glucosa (G. traumática). No se hizo glucemia.

Análisis sangre: Moderada leucopenia (6.000), hipoglobulia de 4.000.000. No hay formas anormales.

Líquido cefalorraquídeo: Líquido claro, presión, 170. Albúmina, 0,75. Globulinas, indicios. Linfocitos, 10 por m. c. Wassermann negativo. Lange, 1-1-2, 3-3, 3-3, 2-1-0. Es producida probablemente por el paso de productos de desintegración albuminoidea que actúan como coloides protectores, unos y otros, alterando las relaciones de tensión superficial y carga eléctrica de las fases dispersas, produciendo floculaciones atípicas. Algo parecido ocurre en las meningitis tuberculosas.

Este caso nos plantea varios problemas: 1.º ¿Existió, o se produjo a causa de la caída, una fractura de cráneo (bóveda o base), sin desplazamiento de fragmentos, pero que determinó los síntomas basales oculares? 2.º ¿Se trata simplemente de una manifestación o agudización del proceso sifilítico que el paciente llevaba en plena latencia clínica? 3.º El cuadro presentado por el enfermo, ¿puede catalogarse en el grupo cada vez más amplio de las meningitis serosas?

La resolución del primer punto no es tan fácil como parece a primera vista. El hecho de que la exploración clínica y aun la radiológica sean negativas, no autoriza a desechar un diagnóstico de fractura, pues es bien sabido que las fisuras, las grietas, en definitiva, las fracturas incompletas, tanto de bóveda

como de base, pueden despistarse fácilmente; claro es que la existencia de parálisis oculares constituyen, como bien se sabe, uno de los síntomas indirectos reconocidos unánimemente de gran importancia para un diagnóstico de fractura basal; pero después de conocer el cirujano la rica sintomatología oftalmológica de la simple meningitis serosa traumática, se comprende que los síntomas oculares tienen un valor relativo en la interpretación correcta de una fractura de base. Pero, sobre todo, hay un dato de gran valor para enjuiciar el problema, y es la propia evolución del caso, que sigue un curso desfavorable en la fractura, y en cambio, tiende a mejorar, y de hecho mejora, cuando se somete al enfermo a punciones lumbares reiteradas. No queremos decir nada respecto al valor que pueda concederse a la presencia de sangre en líquido cefalorraquídeo, porque su ausencia no autoriza a desechar una fractura que deje intactas meninges, cosa más que probable cuando el trauma recae en zona despegable de duramadre. (Marchant.)

Respecto al segundo problema, esto es, al papel de la sífilis en el desarrollo del cuadro en cuestión, es sabido que síndromes cerebrales de gravedad insólita pueden sobrevenir bruscamente, aun sin la causa ocasional de un trauma, y esto por diversos mecanismos, de los cuales los más simples son: una hemorragia o encefalomalacia cerebral por endoarteritis específica; o bien, por rotura brusca en cavidad subaracnoidea o en ventrículos, de procesos gomosos que hasta entonces evolucionaban en plena latencia clínica.

Claro es, que nosotros contamos con medios clínicos y de laboratorio de cierta solvencia para aclarar la cuestión. En este caso, unos y otros eran negativos, aunque ya clínicamente no se podía pensar en un síndrome vascular específico, y en cuanto al goma tampoco correspondía al cuadro de una neoplasia cerebral.

Pero, en cambio, los antecedentes específicos del enfermo tienen para nosotros otra significación: aun dejando a un lado la vieja discusión sobre la dualidad del virus sifilítico, en sus dos variedades de dermatropo y neurotropo, es lo cierto que, según Sicard, muy precozmente, el sistema meníngeo está sensibilizado por el virus luético; esto es: le predispone a reacciones meníngeas más intensas y probables que en los sujetos normales. Desde este punto de vista, existe una analogía evidente entre la infección tuberculosa y la sifilítica, pues en ambas el sistema meníngeo obedece a la ley general de las reacciones serosas de toda índole. Y si existe, como hecho indudable, la meningitis serosa tuberculosa, ¿no ha de existir por la misma razón otra sifilítica?

Ésta se daría particularmente, como es sabido, en el periodo secundario. Pero a nosotros nos interesa remarcar en este caso cómo la impregnación sifilítica del sujeto favoreció el desarrollo de la meningitis traumática.

Sobre la frecuencia de esta forma de meningitis, quisiéramos establecer una comparación a propósito de la existencia de las meningitis traumáticas. Es un

hecho, al abrigo de toda sospecha, el que un traumatismo violento, a nivel de cavidades serosas, determina un derrame que los clínicos llaman traumático: tal ocurre con las artritis y vaginalitis consecutivas a traumas que recaen sobre articulaciones o escroto. Y es sabido que, para explicarlos, se admiten lesiones mínimas que interesan, ya el sistema ligamentoso intraarticular, o las extremidades articulares en el caso de las articulaciones; ya las cubiertas escrotales o el teste cuando de la vaginalitis se trata. Asimismo, no es improbable que intervengan trastornos vasomotores desencadenados por el traumatismo.

Es posible que en la meningitis serosa traumática intervengan acaso condiciones análogas; esto es: lesiones mínimas de la propia substancia encefálica, del tipo de la conmoción cerebral, y modificaciones vasomotoras provocadas por el trauma consistentes acaso en una constricción con anemia brusca, seguida de una vasodilatación paralítica con hiperhemia y edema (?). El porqué en unos casos se produce el cuadro meníngeo traumático, que falta en otras ocasiones, quizá intervengan en ello ciertas condiciones etiológicas generales que hemos comentado anteriormente, y en nuestro caso particular la infección sifilítica.

Finalmente, queremos hacer algunas indicaciones acerca de las cuestiones que plantea la meningitis serosa traumática desde el punto de vista terapéutico.

Basta pensar que el síndrome dominante es el de la hipertensión cerebral de origen traumático: y, según Rafferty, pueden admitirse dos indicaciones principales de la intervención en los traumatismos craneales: 1.^a, las fracturas de bóveda con hundimiento; 2.^a, los casos que acusan lesión grave del cerebro, manifestada por aumento de presión intracranial. Ahora bien: hoy día es sabido que lo que regula las indicaciones de la intervención en los traumas craneales, es precisamente el valor o grado de la compresión, y aunque recientemente se ha dicho que la expectación armada en las lesiones del cráneo, llevada demasiado lejos, resulta casi criminal, es lo cierto que, si la presión del líquido cerebroespinal en la punción lumbar se encuentra sólo moderadamente aumentada y los otros signos no son urgentes, debe hacerse una terapéutica no quirúrgica para combatir exclusivamente el síntoma hipertensión. Y este síntoma viene condicionado por los cuatro signos: lentitud de pulso, edema de retina con alteraciones del campo visual, aumento de presión en líquido cefalorraquídeo y, finalmente, aumento de presión arterial. Si estos cuatro signos, o solamente dos de ellos, podemos relacionarlos con la simple existencia de una meningitis serosa ocasionada por el trauma, la conducta terapéutica que hemos de observar se resume en punciones lumbares repetidas, según aconsejó el propio Quinke, y las soluciones hipertónicas de glucosa. Este último método, propuesto por Peet en 1925, para el tratamiento de la

compresión cerebral traumática, consiste esencialmente en la inyección intravenosa de soluciones de glucosa al 50 por 100 en cantidades que pueden llegar, según los casos, hasta 200 y 300 c. c. al día. El mecanismo de acción de estas soluciones glucosadas consiste en modificaciones de la presión osmótica, y por ello se emplean con el mismo fin soluciones hipertónicas de sal común o líquido de Ringer saturado. Lo cierto es que estas soluciones hipertónicas empleadas precozmente han producido resultados muy alentadores.

Bibliografía.

G. Barberá: «Sobre la dificultad de un diagnóstico etiológico en algunas meningitis». *El Policlínico*, 19 de Noviembre de 1928.

T. Tafeche: «Meningitis aséptica traumática». *La Reforma Médica*, 10 de Agosto de 1929.

F. Mazatesta: «La meningitis serosa. Su sintomatología ocular». *El Policlínico*, 22 de Abril de 1929.

Fred W. Thomas: «El tratamiento de la compresión cerebral traumática con solución de glucosa». *Zentralblatt für Chirurgie*, núm. 10, 1929.

T. Merino: «Contribución al estudio de los síndromes meníngeos». *Archivos*, t. XXX, núm. 3.

N. Rafferty: «Indicaciones quirúrgicas en los reumatismos craneales». *Journ. of Me. and Surg.*, Mayo 1929.

Raúl de Montaud: «El síndrome de la hipertensión intracraneal en las meningitis simpáticas y su tratamiento». *La Medicina Ibero*, 30 de Junio de 1928.

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

POR

CECILIA GARCÍA DE COSA

CONCLUSIONES

1.^a La gota es tan antigua como la Humanidad. Des de trescientos treinta años antes de Jesucristo que se escribe la primera monografía por Erasistrato de Jules hasta nuestros días, todas las grandes figuras de la Medicina se ocupan de esta enfermedad, siendo Tomás Sydenham el que más fielmente describió su sintomatología.

2.^a Se conoció su relación con el ácido úrico al ser estudiada la naturaleza úrica de los depósitos tofáceos por Pearson y Vollaaton a fines del siglo XVIII, entrando en una nueva era su patogenia al conocerse la hiperuricemia de estos enfermos por el experimento del hilo dado a conocer por Garrod en 1859.

3.^a En el padecimiento de la gota influyen ciertas circunstancias, como raza, sexo, edad, clima, género de vida, etc. Los hombres la padecen con más frecuencia, presentándose ordinariamente en el cuarto decenio de la vida, y más aún cuando ésta ha sido accidentada por abusos de mesa, venéreos, intelectuales, etc.; las profesiones sedentarias dan un gran contingente de gotosos.

4.^a La herencia tiene un gran papel en la gota y suele ser un legado que recibe el hijo primogénito del gotoso; guarda cierta relación con la obesidad y la diabetes, y ciertas intoxicaciones, principalmente la del plomo,

(1) Véase el número anterior.



INHALANTES DE EFEDRINA LILLY



La administración de Efedrina por el método de inhalación es especialmente provechosa en el alivio de la turgencia nasal que acompaña a la fiebre de heno y rinitis aguda; también ayuda al drenaje de los senos paranasales.

Los Inhalantes de Efedrina Lilly se suministran en forma simple (Inhalante de Efedrina Lilly No. 21) o en forma compuesta con mentol, alcanfor y aceite de tomillo (Inhalante de Efedrina Compuesto Lilly No. 20). De venta en las farmacias y droguerías.

Si no se encuentran en su localidad, su abastecedor podrá obtenerlos de nuestro distribuidor al por mayor:

DR. REMIGIO ROMERO

ALTAMIRA 5 Y PADILLA 2

ALICANTE, ESPAÑA

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
(en tres veces en las comidas)

INDICACIONES

RAQUITISMO

TRASTORNOS del CRECIMIENTO

ESPASMOFILIA, DESMINERALIZACION

GASTRO - ENTERITIS

AVITAMINOSIS

CALCOLÉOL

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

ejercen una decidida influencia sobre el padecimiento de la enfermedad que nos ocupa, que recibe entonces el nombre de «gota saturnina».

5.^a El ácido úrico proviene de la degradación de los nucleoproteidos, y puede ser endógeno o exógeno, según esté originado por las mismas células y jugos de la economía, ya normales o patológicos, o tenga su origen en la alimentación.

6.^a El ácido úrico, que es la 2. 6. 8. trioxipurina, goza de escasa solubilidad en el agua, ofrece dos formas tautómeras, la lactámica y la lactímica, y forma dos clases de sales, las mono y las dimetálicas, sales que gozan de mayor solubilidad que el ácido originario. (Gudzent.)

7.^a Así como en el hombre el ácido úrico es el producto final del metabolismo purínico, en algunos animales se oxida eliminándose en forma de un diureido glioxílico, que es la alantoina.

8.^a El metabolismo purínico en el gotoso no ofrece anormalidad alguna, según ha demostrado suficientemente Umber, radicando la irregularidad en la distribución de este elemento por los distintos tejidos del gotoso.

9.^a En estos enfermos hay siempre una hiperuricemia con tendencia a la precipitación, hecho que le distingue de otras hiperuricemias de distinto origen.

10. Las condiciones de solubilidad del ácido úrico en la sangre no están aún suficientemente determinadas.

11. Ciertas substancias, como la urea y los fosfatos neutros, favorecen la solubilidad del ácido úrico en la orina, aumentando la excreción del úrico endógeno en el gotoso durante los días del ataque agudo, para disminuir por debajo de lo normal en el período de calma.

12. Inyectando a un individuo sano cierta cantidad de ácido úrico por vía endovenosa, se produce su eliminación bruscamente, pudiendo representarse la curva por un ángulo agudo. Si esto lo hacemos a un gotoso, el ácido úrico queda depositado en los tejidos y retenido en la sangre, siendo su curva de eliminación semejante a una horizontal con ligeras elevaciones.

13. De todas las teorías que se han dado para explicar la patogenia de la gota, la más en relación con las últimas investigaciones es la que la considera como un estado morboso constitucional de los tejidos, con reacciones de hipersensibilidad, acúmulo y retención transitoria de monourato sódico.

14. Los alérgenos determinantes del acceso pueden ser bien de origen alimenticio, ya de naturaleza física (agobio) o de índole psíquica (emociones), o ya por otros elementos aún desconocidos.

15. Estos alérgenos provocarían un trastorno en los mecanismos reguladores químicos, físicos o parasimpáticos.

16. La formación de tofos depende de ciertas condiciones físico y coloidoquímicas, aún no bien conocidas, que determinan una precipitación del monourato sódico en ciertos tejidos y articulaciones, donde provocan reacciones locales secundarias.

17. El tejido donde más frecuentemente se deposita el monourato es en el cartilaginoso, hecho que bien pudiera ser debido a una acción quimiotáctica positiva que ejerciera algún elemento componente de dicho tejido sobre esta sal, de manera análoga a como la ejercen para ciertos fármacos otros elementos histológicos de la economía.

18. La gota provoca alteraciones en los órganos internos, de las cuales la más importante es, sin duda, la esclerosis renal, por lo que agrava el pronóstico del go-

toso, pero que no debe considerarse más que como una manifestación parcial de esta enfermedad, que carece de la exagerada importancia que se le concedió en otro tiempo.

19. En el tratamiento del gotoso deben observarse los preceptos higiénicos dietéticos en general, sin estrechar demasiado el régimen, cuya escasa influencia está demostrada, investigando, suprimiendo y desensibilizando al enfermo contra aquellos alimentos cuya ingestión coincidió con la aparición del ataque.

20. La Fisioterapia, bien dirigida, puede dar útiles rendimientos al gotoso una vez pasado su ataque agudo.

21. Nunca se enviará a un gotoso a un balneario dentro de un acceso de gota, y sólo cuando sus síntomas agudos se hayan enfriado por completo.

22. El gotoso cada año antes de la temporada crenoterápica debe ser reconocido detenidamente, indicándosele la localidad a que debe acudir, pues su gota puede sufrir modificaciones que exijan aguas distintas a las hasta entonces empleadas.

23. Habrá que estudiar, en primer término, con qué tipo de gotoso nos enfrentamos, pues es distinta la medicación para el erético con accesos frecuentes, en quienes hay que actuar sedando, que para el atónico con localizaciones viscerales y pocos recursos orgánicos, en que hay que actuar estimulando mediante balnearios tónicos o excitantes.

24. Las aguas fuertemente mineralizadas constituyen una contraindicación para la diátesis gotosa en general, entre ellas las aguas no sulfurosas, que generalmente son sistolizantes y suelen provocar vivas reacciones.

25. Las aguas oligometálicas, sobre todo fuertemente radioactivas, son las que cubren mayores indicaciones, sobre todo mientras se desconozca la verdadera naturaleza de la diátesis.

26. Una seria lesión visceral será antepuesta en tratamiento a la misma enfermedad.

27. No debemos tener esperanza ninguna de curación cuando se trate de lesiones avanzadas con anquilosis o destrucciones por tofos mutilantes.

28. Se suspenderá la cura hidromineral siempre que se produzcan brotes agudos o subagudos dolorosos o inflamatorios, o haya tendencia a la hemorragia.

29. Las aguas minerales sulfatocálcicas y las alcalinas, no ferruginosas, deben ser la base de la medicación interna (cura de diuresis).

30. Sería conveniente indicar a los niños de familias gotosas un tratamiento hidromineral convenientemente dirigido por un médico especializado.

31. Los recursos fisioterápicos, unidos a estos crenoterápicos, son al presente la mejor terapéutica que podemos ofrecer a los gotosos en los cuales el «primum non nocere» es de rigor.

32. Las aguas minerales sobre el ácido úrico actúan favoreciendo su eliminación por la orina, disminuyendo así la cifra uricémica, siendo esta acción ya de origen físico, químico o biológico.

33. En lo referente a la acción disolvente de las aguas minerales sobre las soluciones úricas «in vitro», no podemos deducir nada en concreto de nuestras observaciones, pareciendo más bien que en las pequeñas cantidades con que nosotros hemos actuado dichas aguas no influyen en ningún sentido.

34. La acción de las aguas alcalinas «in vivo» es la de facilitar la expulsión del ácido úrico por un mecanismo que está aún por explicar.

Bibliografía.

1. Garrison: «Historia de la Medicina. Medicina egipcia», t. I, pág. 46, 1921.
2. Diepgen: «Historia de la Medicina», t. I, 1925.
3. Delpench: «Histoires des Maladies. La goutte et le rhumatisme». Paris, 1900.
4. Rodríguez Fernández: «Historia y crítica de la Medicina», pág. 682.
5. Renouard: «Histoire de la Medicine depuis son origine j'usquian XIX siècle». Paris, 1846.
6. García del Real: «Historia crítica de la Medicina», pág. 84, 1924.
7. Dr. L. A.: «Compendio de Historia de las Ciencias médicas», pág. 64, 1874.
8. Strümtell: «Tratado de Patología médica y Terapéutica», t. II, pág. 254. Edición 23.^a y 24.^a
9. García del Real: «Historia de la Medicina en España», pág. 14, 1921.
10. Rodríguez Pinilla: «Manual de Hidrología médica», pág. 14, 1925.
11. A. Laffite: «Tratado de Medicina», t. II, pág. 758. Edición española.
12. Manzanque: «Bosquejo histórico de la Hidrología médica en España». Discurso del 20 de Marzo de 1916.
13. Sydenham: «Prefacio». Traducción de J. Rabanaque. Texto latino de la edición veneciana de 1735, página 30.
14. Bejean: «Contribution a l'etude de l'Histoire des theories pathogeniques de la goutte», pág. 58, 1913.
15. Joaquín Rabanaque: «La obra médica de Sydenham», pág. 9, 1877.
16. Salhi: «Métodos de exploración clínica», t. II.
17. Minkowski: «Die gicht. Path. u Thera.», pág. 480, 1903.
18. Rodríguez Pinilla: «El problema del reumatismo en Sociología y Balneoterapia». *Noticias Médicas*, número 39, Marzo 1929.
19. Alonso: «Tratamiento hidromineral del neuroartritis», 1929.
20. Dechambre: Diccionario. Capítulo sobre Gota.
21. F. Umber: «Enfermedades de la nutrición», página 426, 1928.
22. Rathery: «Phat. Int.», t. II, pág. 13, 1926.
23. P. Bouloumie: «Considerations sur l'Evolution et le traitement de la goutte». Société d'Hidrologie, 23 de Enero de 1922.
24. Ebstein: *Deutsche med. Woch.*, pág. 625, 1907.
25. Jacques Forestier: «Diabetes, gota y obesidad». Colección *La Práctica Médica*, 1928.
26. Alfred Gijón de Basilea: «Artritis úrica o urática». Pat. méd. de Mohr-Staehelin, t. XI, 1922.
27. Saturnino Mozota: Asamblea Hidrológica del 13 de Marzo de 1927.
28. Dr. Bienvenu: «Los gotosos célebres», pág. 15, año 1921.
29. C. Esmonet: «Ziurrmann ou la dernière maladie de Frederic le Grand». *Progrés Medical*, 20 Enero 1912.
30. F. Gudzen: «Gota y reumatismo», pág. 18, 1929.
31. Brugsch und Schittenheim: «Der Nukleins. toffwechsel». Jena, 1910.
32. Gudzent: «Gota y reumatismo», pág. 82, 1929.
33. R. Nóvoa Santos: «Manual de Patología general», pág. 145, 1918.
34. E. Lambling: «Tratado de Química biológica», año 1925.
35. M. Arthus: «Química fisiológica», pág. 145, 1918.
36. Fauvel: «Physiologie de l'acide urique».
37. Rondoni: «Bioquímica», pág. 165, 1928.
38. Dr. Allyse Chassevant: Soc. Terapéutica de Paris. Sesión del 8 de Octubre de 1913.
39. Murga y Serret: «Prácticas de Fisiología humana».
40. F. Raphery et P. L. Viole: «L'Acide urique et le calcium au cours de divers etat gouteux et Rhumatismaux». *La Presse Medicale*, 25 de Agosto de 1928.
41. Umber y Retzlaff: Congreso de Medicina interna de Wiesbadem. Congreso núm. XXVII, 1910.
42. Umber: «Enfermedades de la nutrición». Última edición.
43. Loeper: «El artritis, enfermedad colessterolica». *Revista Moderna de Medicina y Cirugia*, Diciembre 1927.
44. A. Lumière: «Artritis e inestabilidad humoral». *L'Avenir Medical*, año XXIII, Junio 1929, núm. 200.
45. Daniel Crizman: «La gota», pag. 26.
46. Collet: «Pat. Int.», t. II, pág. 701. Edición 8.^a
47. Dechambre: Diccionario. Article «Goutte».
48. Enriquez, Laffite, Berge, Lanieg: «Tratado de Medicina», t. II, pág. 760. Edición española.
49. Bouchard: «Des maladies par ralentissement de la nutrition», 1890.
50. Dr. August Pi y Suñer: «Les distrofies per retard». *Monografias Médicas*, pág. 49, 1928.
51. Falkenstein: *Deutsche Medizinal Zeiturig*. Ses. 10 y 24 de Enero de 1906. Soc. de Med. de Berlin.
52. Dr. Falkenstein: «La urea y el ácido úrico en la gota». Soc. de Med. de Berlin. Ses. 7 y 14 de Febrero de 1906. *Revista de Medicina y Cirugia Práctica*, t. LXX, pág. 478, año 1906.
53. Haig: «Uric acid as a factor in causation of disease». Londres, año 1894.
54. Embden: *U. Rusc. Hofin. Bectr.*, t. VII, pág. 411, año 1906.
55. Samuely: *Zeitschr. f. Phys. Chem.*, t. XLVII, página 376.
56. Maraón: «Las glándulas de secreción interna y las enfermedades de la nutrición», pág. 298, 1914.
57. Brugsch u. Schittenhelm: «Der endogen und exogene Harnsäure und Purinwert bei der chronischer Gicht Zeitschr. f. exp. Ptho.», t. IV, 1907.
58. Dr. Cohn: *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Ses. 21 de Febrero de 1912. «El sodio, el potasio y el radio en la patogenia y curación de la gota». *Revista de Medicina y Cirugia Práctica*, t. XCV, pág. 83, año 1912.
59. Loeper y Debray: *Journal Med.*, Mayo 1927.
60. A. Lumière: *L'Avenir Medical*, Junio 1929, año XXIII, núm. 200. «Artritis e inestabilidad humoral».
61. Jiménez Díaz: «Los procesos del metabolismo celular», pág. 92, 1924.
62. Dr. Hugo Kämmerer: «Enfermedades alérgicas», año 1927.
63. Jiménez Díaz: «La diátesis proteínica».
64. Lambling: «Quim.», pág. 371.
65. Gradwohl and Blaiwas: «The newer methods of blood and uric chenustey». London, 1920.
66. Rudolf Stern: *Biochemische Zeitschreft*, t. 150, 151 y 159. «Phisikalisch. Simiche unter su chungun über die Harnsä use», 1924-1925.
67. Gudzent: «Gota y reumatismo», pág. 98, 1929.
68. Martínez Nebot: «Métodos microquímicos de investigación en sangre y humores».
69. Martinet: «Biometría».

70. Krüger Smidt: *Zeitschr. f. Physiol. Chemie.*, t. XCV, 1905.
71. Gautrelet: «La práctica de las manipulaciones urológicas».
72. Casares Gil: «Análisis químico». Última edición.
73. Ibón Michel: «Análisis de orina», 1921.
74. Sahli: «Métodos de exploración clínica», pág. 135, año 1924.
75. A. Kowarski: *D. Med. Wocheuschr.*, núm. 25, página 497, 1906.
76. Camerena Ortolá: «Estudio monográfico del ácido úrico», pág. 28. Tesis doctoral.
77. Ludwig Pencussen: «Mikrometodik», 1925.
78. Morris u Mac-Leod: *Journ. Biol. Chem.*, 50, 55, año 1921.
79. Autrelch: *Berl. Klin. Wochenschr.*, núm. 14, 1911.
80. R. Cajal: «Anatomía patológica. Uratosis». Última edición.
81. P. le Gendre: «Nouveaut traité de Medicine», fascicule VII, deuxième édition, revue 1924.
82. Dr. Luis Vick: Imperial y Real Sociedad de los Médicos de Viena. Sesión 7 de Abril de 1911. *Revista de Medicina y Cirugía Prácticas*, t. XCII, 1911.
83. Marañón: «Trabajos del Servicio de Patología médica». Sesión 11.ª, 7 de Enero de 1927.
84. «Las concepciones actuales sobre la patogenia de la gota». *Revista Terapéutica de los Alcaloides*, Enero 1930.
85. Testut: «Anatomía humana». Primer tomo.
86. Cajal: «Histología normal», pág. 393, 1914.
87. Rodríguez Pinilla: «Las afinidades electivas». Actas del Congreso de la Asociación para propaganda de la Ciencia. Valencia.
88. Grinda: «Un dato de importancia para el diagnóstico de la gota». *Revista de Estudios Médicos*, Noviembre 1928, núm. 68.
89. Steinetz: «Gota atípica». *Deutsche medizinische Wochenschrift*, t. 104, pág. 202, 1914.
90. Wajenman: «Eimges neber augevertrauhungen beigicht», 1897.
91. «Enciclopedia française d'Ophtalmologie», t. IV, pág. 141. París, 1905.
92. Rodríguez Pinilla: «Sobre historia de la Hidrología española. Historia universal de las fuentes minerales de España». *An. Soc. Hidro. Med. Esp.*, t. XXX.
93. Eloy Montero: «Espejo cristalino de las aguas de España», 1697.
94. Rodríguez Pinilla: «La Hidrología médica en el siglo xx». Discurso del 20 de Marzo de 1916.
95. Royo Villanova: «Las aguas minerales como tratamiento el más racional de las enfermedades crónicas». *An. Soc. Est. Hidro. Med.*, t. XXXVIII, pág. 81.
96. T. James, M. Anders: «L'Hidrotherapie: principes generaux et indications therapeutiques». *Arch. of Med. Hidrol.*, núm. 4, pág. 127-129, Enero 1924.
97. Piatot: «La goutte et sa cure hidrominerales». *Expansion científica française*, 1921.
98. Bricourt: «Les grandes indications dans le Therapeutique de la goutte». *Journal Med. française*, Junio de 1924.
99. Pi y Suñer: «Influencia de las aguas de Mondariz sobre el recambio nutritivo».
100. Rodríguez Pinilla: «Acción zimosténica de las aguas». *Expansión científica*. P. de *Crónica Médica*, 15 de Diciembre de 1928.
101. Rodríguez Pinilla: «Hidrología médica», pág. 149, año 1925.
102. Alexandrow y Jazenko: «Action du traitement thermales sur l'acide urique contenu dans le sang et l'urine». *La Press thermales et climatique*, 15 de Noviembre de 1929.
103. Schneider: *Annales de la Société d'Hidrologie et climatologie medicales de Paris*, 66, núm. 7.
104. Peskett and Raiment: «Metabolism and the Waters of Rath». *Archives of Med. Hydrology*, núm. 3, 1925.
105. Vinag: «The actions and uses of mud baths». *Archives of Med. Hydrology*, núm. 3, 1926.
106. Clerg: *Journ. of Amer. med.*, II, 1926.
107. Viechowski: *Med. Klin.*, núm. 39, 1925.
108. «De l'effet diuterique des solutions salines et de quelque eaux minerales». *Arch. of Med. Hidrol.*, núm. 2, pág. 67, Enero 1923.
109. J. Schneider: «Les avantages du dosage de l'acide urique dans le sang total, pour le contrôle des cures hidrominerales». *Soc. Hidrologie*, 6 de Noviembre de 1922.
110. J. Schneider: «Contribution a l'etude de la cure thermales». *Société de Hidrologie*, 15 de Abril de 1921.
111. Bricout, Grigaut et Schneider: «Les variations sangines de l'urée de l'acide urique et de la cholestérine sous l'influence de la cura de Contrexville». *Société de Hidrologie*, 1.º de Junio de 1921.
112. H. Bierry y F. Rathery: «Effets de l'ingestion d'eau de Vichy et de solutions de bicarbonate de saude, sur l'acidité ionique urinaire et l'excretion de quelques elements de l'urine».
113. Brugsch und Schittenhelm: *Der Nukleinstoffwechsel*. Jena, 1910.
114. Manzanque: «Mi opinión sobre las aguas de Mondariz». *An. de la Soc. Española de Hidrología*, t. XXX, año 1919.
115. Landouzi: «Crenoterapia, climatoterapia, talasoterapia», pág. 215. Última edición.
116. Manzanque: «Estudio clínico de las aguas de Marmolejos». *An. de la Soc. Hidrológica Española*.
117. Duncan: «L'emploi des bains acides naturels dans les arthrites et la goutte». *Arch. of Med. Hidrol.*, núm. 4, págs. 126-127, Enero 1924.
118. Rodríguez Pinilla: «Medicaciones hidrológicas», pág. 59.
119. Chauffard: «Cures hidrominerales dans les maladies de la nutrition». *Clinique et Laboratoire*, t. III, número 7, Julio 1924.
120. Rodríguez Pinilla: «Emanatorios naturales», 1929.
121. L. Bard: «Les indications des cures thermales dans les maladies rhumatismales». *Rev. Med. Française*, núm. except., pág. 21, 1924.
122. Adame: «Algunas consideraciones clinicas sobre un caso de reumatismo gotoso curado en Alange». *An. de la Soc. Española de Hidrología*, t. XXXV, 1925.
123. Pizani Florence: «Les boues thermales. Les indications et les resultats de la fagotherapie dans les maladies articulaires». *Arch. of Med. Hidrology*, Mayo 1929.
124. Muñoz del Castillo: «La radioactividad en Fisico-química y en Hidrología médica», 1905.
125. Ricardo Rojas: «Primer estudio sobre la extensión de la radioactividad en las aguas minerales radioactivas españolas embotelladas», 1906.
126. Wilfrid Edgecombe: «Balneotherapie et Hiper-tension». *Arch. of Med. Hidrol.*, núm. 2, pág. 63, Enero de 1923.
127. T. Tood: «El reumatismo crónico». *Información medical*. Edición española. 1.º de Mayo de 1928.

128. Mathieu: «L'Higiene du gotteaux».
129. M. P. Wiel: «Le regimen alimentaire des goutteaux». *Monde Medical*, 15 de Junio de 1927.
130. Folin Berglund and Derik: «The uric acid problem». *Jour. of Biol. Chem.*, núm. 60, 1924.
131. Mc. Donald and Levine: «Etudies in uric acid metabolism». *Amer. Journ. of Physiol.*, núm. 78, 1926.
132. Dr. Constand: «¿Cuál es el momento oportuno de dar el cólchico en la gota?» *Revu. med. de l'Est.*
133. Sr. Luttier: «Tratamiento del acceso de gota». *Press. Med.*, 27 de Julio de 1927.
134. *Ber Klin Wochenschr.* «Diagnóstico de la gota por medio del atófán». *R. Med. y Cir. Prac.*, t. XCV, página 288, 1912.
135. Rodríguez Pinilla: «Los factores de la cura hidromineral». *An. de la Soc. Esp. de Hidro. Med.*, t. XXX., página 147.
136. Rodríguez Pinilla: «Viaje de estudios médicos en España». *Revista Ibero Americana de Ciencias Médicas*, Septiembre 1929.
137. Eleizegui: «Factores coadyuvantes a la Crenoterapia». *R. Soc. Española Hidrológica*, t. XXXV, 1925.
138. Dr. Martí Sánchez: «Concepto e importancia de la Hidrología y la Climatología médicas, fundándose en la utilidad de las aguas medicinales y de los climas». *An. de la Soc. de Hidr. Med.*, año XCI., t. XXXVII, número 6.
139. Gilbert y Carnot: «Crenoterapie, Climatoterapie et Thalassoterapie», 1920.
140. López Durán: Conferencia dada en el Lyceum publicada en *Informaciones Sanitarias*, 31 Mayo 1928.
141. Ph. Kopp: «Du massage». *Revue de ses indications et contraindications. La Revue Medicale*, Mayo 1929, núm. 943.
142. Nuittu: «Tratamiento eléctrico de la gota». *Revista de Medicina en Cirugía práctica*, tomo CV, página 120.
143. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1911. «Tratamiento de la gota y el reumatismo por el radio». *Soc. de Med. de Berlín*. Sesión del 18 de Enero de 1911.
144. G. Toraude: Communication au XLI Congres. de l'A. F. pour l'avancement des Sciences Nimes, 1912.
145. F. Allard: «Therapeutique par l'emanation de Radium, 1913.
146. Teissier et Rebattu: «Etude clinique sur les effets de l'emanation». *Journal Medical francaise*, 15 de Junio de 1913.
147. Martínez Casado: «La radioactividad en las aguas minerales», 1926.
148. Falta y Zehner: «Un caso de gota tratado por el torio X». Imperial y Real Sociedad de Médicos de Viena. Sesión del 6 de Diciembre de 1912.
149. Cluzet Piery, Chevallier et Dubost: *Pres. Medical*, 1926, núm. 34.
150. Harpuderk und H. Erbsen: *Unter uchungen zur Loslichkeit der Harnsaure*, I, 344.
151. Rudolf Stern: *Biochemische Zeits-Chrift.*, tomos 150, 151, 159. *Phisikalisch Chemische unter suchungen uber die Harnsaure*, 1924-1925.
152. Zeitschv: *Physiol, chemie* 60, 51 f., 1909. *Deustsch Med. Wochenschr*, 35, 921, 1909.
153. Camerena Ortola: Monografía sobre el ácido úrico. Tesis del Doctorado.
154. Folin et Wu: *Journ. Biol. Chem.*, 38, 90, 1919; 41, 367, 1920.
155. Floin: *Journ. Biol. Chem.*, 54, 156, 1922.

Clínica Médica Universitaria
del profesor doctor C. Jiménez Díaz.

Un caso de miocardia menopáusica.

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 8 DE NOVIEMBRE DE 1930

Dr. Monterde: Enferma de cincuenta años, natural de Alcalá de Henares.

Desde hace cuatro años dolor de cabeza, dolor de espalda, dolor en piernas. Oleadas de calor con sensaciones de ahogo, hinchazón de tobillos sin relación con el decúbito. Sensación de mareo sin vértigos. Adelgazamiento; en los cuatro años ha perdido, gradualmente, unos 10 kilogramos de peso. Hace dos meses no sufre hinchazón de tobillos, pero aqueja disnea de esfuerzo.

Antecedentes familiares sin interés: No ha padecido enfermedad importante ninguna. Tres embarazos, tres partos normales. Vive uno de los hijos, que goza de buena salud; los otros dos murieron de pequeños.

La enferma presenta amenorrea desde el comienzo de sus trastornos. Sujeta alta, delgada, bien constituida. Rubicundez acentuada de mejillas con exacerbaciones bien marcadas. Ningún otro dato de inspección.

La exploración de sistema nervioso vegetativo proporciona los siguientes resultados:

R. O. C. ligeramente invertido, sin modificación de la presión arterial. Refl. carotídeo ligeramente invertido, sin variación de presión. Refl. del plexo solar negativo. Al ponerse de pie el ritmo pasa de 66 a 90, y las presiones de 9 Mx y 5 Mn a 9 $\frac{1}{2}$ Mx y 6 Mn. Después de un ejercicio de 150 kgm. la presión asciende a Mx 10 y Mn 6 $\frac{1}{2}$ y el pulso a 110. Los resultados obtenidos indican un ligero predominio de simpático.

La edad y la historia de la enferma hacen suponer una alteración de sistema nervioso de la vida vegetativa producida por la menopausia. Sin embargo, la palpación del pulso nos suministra datos de gran interés: las pulsaciones están separadas por intervalos desemejantes y tienen una amplitud esencialmente variable, es decir, arritmia completa.

La inspección del cuello, tórax y abdomen no proporciona ningún hallazgo patológico. La percusión de corazón es normal. La auscultación nos demuestra la arritmia completa, evidenciada ya por el pulso, pero no se percibe ningún soplo ni modificación ostensible de los tonos.

El ortodiagrama hace visible una hipertrofia y dilatación no muy acentuadas de ventrículo izquierdo.

El electrocardiograma confirma la existencia de la fibrilación auricular.

El primer problema que nos presenta esta enferma es el diagnóstico etiológico de su arritmia completa. La auscultación no ha demostrado ningún soplo que haga presumible la existencia de lesión mitral que determine aumento de presión en la urícula izquierda. Las cifras de presión no son altas, en ayunas y en reposo en cama más bien bajas (Mx 9 Mn 5) y los tonos aórticos son normales. En sus antecedentes no se encuentra dato ninguno de reumatismo; las reacciones de Wassermann y Meinicke han sido negativas. Las arterias son blandas, la edad madura, pero no muy avanzada; no hay clangor aórtico, no aqueja dolor torácico ninguno, ni signos de deficiencia circulatoria en periferia ni en encéfalo. La cifra de metabolismo basal normal (más 10 por 100), sin temblor, sin signos oculares de hipertiroidismo, sin alteración de la cifra de colesterol-

na en sangre (1,60 por 1.000). No existe, pues, causa ninguna determinante de hipertensión auricular, ni alteración coronaria, ni inflamación miocárdica, ni hipertiroidismo. Por otra parte, el ortodiagrama demuestra dilatación e hipertrofia de ventrículo izquierdo y los latidos cardiacos son muy poco acentuados. En presencia de estos datos me creo autorizado para aceptar la existencia de una miocardia. Laubry, Walser y Routier han descrito con el nombre de miocardia un cuadro clínico caracterizado por la existencia de signos evidentes de insuficiencia cardiaca sin lesión demostrable clínica ni anatomopatológicamente, sin antecedentes tóxico ni infeccioso ninguno y con una evolución muy diferente.

En unos casos, la enfermedad se presenta en la juventud y sigue un curso rápidamente progresivo hasta determinar la muerte; otras veces aparece en sujetos de edad media por surmenage o trastornos endocrinos (menopausia) y puede regresar por completo. En nuestra enferma se trata de una miocardia auricular determinante de la fibrilación auricular, pero que afecta también al ventrículo izquierdo, como se evidencia por el electrocardiograma.

La afirmación de este diagnóstico plantea una serie de problemas muy dignos de atención. Del desarrollo de alguno de ellos me voy a ocupar en este momento.

¿Qué génesis ofrecen las manifestaciones circulatorias que presentan las mujeres en la menopausia? Es evidente que en algunos casos son, única y exclusivamente, síntomas de distonía vegetativa; en otras ocasiones, las manifestaciones reconocen otro origen, se trata, indudablemente, de trastornos fisicoquímicos de miocardio, no identificables microscópicamente y reversibles en un principio, que, si no son tratados oportunamente y subsisten las causas que los originaron, pueden tornarse irreversibles; una medicación acertada, instituida oportunamente, puede lograr la restitución biológica del miocardio y su normalidad funcional.

Pero estos trastornos están todavía poco conocidos para poder hacer afirmaciones categóricas. En nuestra enferma el diagnóstico no puede ser más que provisional en tanto que el curso de la enfermedad no lo confirme.

Sólo un estudio seriado nos puede proporcionar el mínimo de conocimientos y de experiencia para poder encauzar estos enfermos con garantías de certeza. Mis manifestaciones no pueden tener otro valor que el de una nota previa.

Aceptada la existencia de la arritmia completa por miocardia auricular, es preciso, para instituir el tratamiento, el diagnóstico etiológico de la miocardia.

En la determinación de las miocardias influyen factores de muy diversa índole que, en último término, los podemos reducir a factores nerviosos, factores endocrinos, factores humorales y factores genotípicos.

Por lo anteriormente manifestado podemos deducir que, en el caso presente, no existen alteraciones humorales, ni perturbaciones nerviosas, ni antecedentes que nos den luz alguna sobre el problema. La clave ha de ser genuinamente endocrina, y no presentando alteración de ninguna otra glándula que del ovario, se debe pensar, a mi entender, que las perturbaciones creadas al organismo por la crisis menopáusica se han dejado sentir en la aurícula fundamentalmente y en el ventrículo en menor grado, engendrando los síntomas ya citados.

Si en el diagnóstico clínico y etiológico hemos tropezado con dificultades innegables, en la institución de la terapéutica no encontramos mayor facilidad.

¿Qué medicación sintomática y qué medicación etiológica debemos hacer? La enferma no aqueja síntoma ninguno de descompensación, y ello nos autoriza a tratarla con quinidina, según la técnica habitual. Pero, ¿qué género de opoterapia ovárica vamos a efectuar? La fisiología del ovario es actualmente uno de los puntos más discutidos de la endocrinología. Fellner obtuvo extractos ováricos que, inyectados a los animales castrados, evitaban los síntomas de la castración. Herrmann logró una mezcla de lipoides, fundamentalmente de colesterolina, capaz de evitar la atrofia del útero consecutiva a la castración y de producir la maduración precoz de los folículos de ovarios pertenecientes a animales jóvenes. Doisy Allen, Ascheim y Zondeck y Laquer han obtenido del líquido folicular, de las paredes del folículo y de la placenta una sustancia que, inyectada a las ratas castradas, determina la aparición del celo vaginal.

De estas investigaciones se deduce la existencia de una hormona genital producida por el folículo e indispensable para el desarrollo y crecimiento del aparato genital y para el mantenimiento de los ciclos.

Ultimamente Dahlberg ha atribuido a la foliculina otras propiedades; supone que el mecanismo de la uni-ovulación está determinada por la foliculina. Se funda en la aplicación de la reacción gravídica descrita por Ascheim y Zondeck al conejo. Si se inyecta orina de mujer embarazada adicionada de suero de vaca a un conejo hembra, se produce en el plazo de tres días ovulación primero y aparición del celo vaginal después; pero si a la orina se le añade foliculina, en lugar de suero de vaca, la madurez del óvulo no tiene lugar. En consecuencia, con estos estudios cree Dahlberg que en todo caso de amenorrea es preciso saber cómo se verifica la secreción de hormona hipofisaria, pero también cómo se realiza la elaboración de la foliculina.

La amenorrea puede ser determinada por la falta de prolán, y entonces la terapéutica folicular sería intempestiva, o puede ser causada por el exceso de foliculina, como ocurre durante el embarazo o como tiene lugar en los casos de existencia de quiste lúteo; en este caso no es posible otra conducta que la extirpación del quiste lúteo. La administración de foliculina en los casos de amenorrea está siempre contraindicada.

Fränkel demostró ya hace veinticinco años que la destrucción del cuerpo amarillo hacia imposible la anidación del huevo en el útero y determinaba la interrupción del embarazo si dicha extirpación del cuerpo amarillo tenía lugar en la primera mitad de la gestación.

Loebe provocó la formación de la decidua uterina por simples manipulaciones mecánicas en el útero y demostró que la formación provocada de la decidua no era posible si el cuerpo amarillo se había extirpado. Demostró Loebe, además, que la secreción del cuerpo lúteo dificultaba la ovulación. Función del cuerpo lúteo sería, pues, la modificación de la mucosa uterina que hace posible la anidación del huevo y la suspensión de la madurez folicular.

Recientemente, Knaus ha realizado en el conejo investigaciones muy interesantes que describiré brevemente. Elige Knaus el conejo porque, como ya demostraron Ancel y Bouin, es un animal que tiene condicionada su madurez folicular por la práctica del coito. Si una coneja es cubierta por un macho estéril, a fin de evitar el embarazo se desarrolla por acción psíquica en parte y por reflejo hipofisario en otra la madurez de un folículo; en las primeras treinta y seis horas, cuando ningún otro fenó-

ménio ovárico tiene lugar, el útero, la vagina y las mamas no sufren ninguna modificación; pero tan pronto como se forma el cuerpo lúteo, el animal experimenta una serie de variaciones que por su semejanza con el embarazo han merecido el nombre de pseudoembarazo. El útero, hasta entonces indemne macroscópica y microscópicamente, se relaja y se hace insensible a los estímulos térmicos mecánicos y biológicos (la inyección de pituitrina no determina su contracción), en su mucosa se producen modificaciones que abocan a la producción de la decidua; en la vagina tiene lugar la aparición de células enucleadas, las mamas se ingurgitan y abultan. Todos estos fenómenos persisten durante catorce o diez y seis días. En la mujer existen también una serie de modificaciones perfectamente superponibles al falso embarazo que se desarrollan desde el día 16 hasta la terminación del ciclo. Todos estos fenómenos son consubstanciales con el cuerpo amarillo; la extirpación de éste determina su desaparición en el plazo de unas horas. Knaus ha demostrado que el cuerpo amarillo es indispensable para la anidación del óvulo fecundado, pero que el huevo influye decisivamente en el porvenir del cuerpo amarillo; si el huevo anida en la mucosa del útero, segrega hormonas que determinan la persistencia del cuerpo amarillo hasta la terminación del embarazo; pero si el huevo sucumbe, el cuerpo amarillo se atrofia para transformarse ulteriormente en cuerpo albicans o cuerpo candicans, y la mucosa uterina deshace sus preparativos, produciéndose la menstruación. Durante todo el tiempo que el cuerpo amarillo conserva su actividad está suspendida la maduración de nuevos folículos.

Investigaciones posteriores de Lossen han demostrado la posibilidad mediante inyecciones de prolan de producir la maduración de nuevos folículos con plena actividad ovárica. Desde Ancel y Bouin es ya conocida la posibilidad de formación de cuerpo amarillo sin rotura del folículo.

Frente a las contradicciones que las nuevas investigaciones aportan, nuestra conducta no puede ser otra, entretanto que nuevos experimentos proporcionen hechos consolidados, que la observación de la pauta clásica y la atención en tensión para modificarla en cuanto sea posible.

El tratamiento etiológico se hará a base de extracto total de ovario.

En resumen: nos encontramos ante un caso que por su edad y su anamnesis parece ser únicamente una distonia vegetativa por menopausia. La palpación del pulso nos demuestra la existencia de fibrilación auricular y el electrocardiograma confirma el síndrome. La normalidad de los tonos cardíacos, de la presión arterial, la no existencia de antecedentes infecciosos nos hace pensar en miocardia auricular que atribuyo a la deficiencia ovárica por ser la mujer menopáusica y no existir ninguna otra causa responsable. La enferma es tratada actualmente con extracto total de ovario y sometida a atenta vigilancia.

Discusión.—Dr. Maortua: Quiere aclarar algunos conceptos del Dr. Monterde. Para él, la acción frenadora de la foliculina es muy hipotética, por lo menos en la especie humana. En la especie animal, a medida que gana importancia la función del cuerpo amarillo, la pierde el folículo.

Hasta en la misma reacción del útero a la pituitrina hay diferencias esenciales entre lo que pasa a la mujer ante el dilema diagnóstico, tumor o embarazo, y lo que pasa en la hembra del conejo.

Dr. Morán: Dice que los trastornos circulatorios que nos ocupan se ocasionan por el intermedio del tiroides. Por falta de increción genital se influencia el tiroides, única glándula que hasta ahora se ha demostrado (Jiménez Díaz) que produce la miocardosis.

Dr. Mancera: Cree que en la historia de la enferma no se ha insistido lo suficiente para averiguar si existe algún foco séptico primario como causa de su arritmia completa. Hay que hacer fórmula leucocitaria, recuento de glóbulos blancos, ver si tiene fiebre en exámenes reiterados, etc.

Por lo demás, si la patogenia expuesta por el Dr. Monterde no puede negarse, aunque piensa si el síndrome endocrino no haya sido el desencadenante de una afección existente ya en el miocardio.

Dr. Jiménez Díaz: Cree el caso de gran interés, pues pone al descubierto dos cuestiones: la primera, la realidad de nuestro concepto actual de miocarditis; la segunda, el problema clínico de las insuficiencias ováricas. La miocarditis es un concepto hecho *a priori*, por exclusión cuando no hay lesión valvular que explique los trastornos.

Muchas de nuestras miocarditis actuales son trastornos de la circulación periférica, otras son distonias vegetativas. Por lo demás, el concepto que Laubry y Walser crearon de miocardosis tiene todos los defectos que el de miocarditis, sólo que aquél consigue ser más modesto que éste.

En unos casos, las miocarditis las produce la sífilis, el reuma; en otros, hay perturbaciones metabólicas, hipocalcemias o hipoglucemias. El tiroides, como dice Morán, tiene una importancia decisiva. Todos estos casos son los que por rayos X, opoterapia o por procedimientos quirúrgicos correspondientes desaparecen las molestias circulatorias.

Desde el hipertiroidismo funcional, hasta la muerte por asistolia, hay una serie interrumpida de procesos. En historias de climacterias hay: 1.º, distonia vegetativa; 2.º, arritmia de fibrilación auricular; 3.º, esta arritmia toma caracteres anatómicos con aumento del área cardíaca.

Sería la alteración endocrina general del climacterio la que produciría los trastornos que estudiamos. Desde luego, que erróneamente se cree que si no hay menstruación no hay función ovárica.

El climacterio es igual al período premenstrual. En una y en otra de las enfermedades a las que se está predispuesto, tienen una mayor facilidad para presentarse. En el climacterio hay tres períodos: en el primero aumenta la foliculina; el segundo, es el hiperprolánico o hipofisario; el tercero, es el an hormonal; en el primero es el más abundante en molestias subjetivas, y es hiperfuncional, aunque falte ya en él el menstruio, aparecen los trastornos de juego de báscula de los vasos y el corazón se altera en su tono y poco a poco reviste a la pantalla radioscópica la forma triangular, descansando su base sobre el diafragma como en los casos de etiología tiroidea de los trastornos vasculares.

Por todo lo anterior, debe de hablarse de miocarditis climacterica y no de miocarditis hipovárica.

En cuanto a terapéutica, no se administrará foliculina, pero sí extracto de cuerpo lúteo antagonista.

Acaso los trastornos cardíacos climactericos tengan un parentesco con los que en los demás músculos ocasionan la dificultad de resistencia del glucógeno, y cuya manifestación subjetiva más importante es la astenia.

ENDARTERITIS REUMÁTICA

Dr. Jiménez Díaz: La historia del enfermo que presentamos tiene numerosos puntos de interés, y recuerda, sobre todo, otras observaciones análogas que en años anteriores hemos venido comentando en estas sesiones y en la clínica.

Es un enfermo de cincuenta años que ha tenido buena salud, excepto un reumatismo padecido hace varios años, del cual cree que le han quedado dolores que algunas veces se le presentaban, sobre todo en las piernas; últimamente comenzó a notar que las piernas se le enfriaban, y, sobre todo, que cuando llevaba cierto tiempo de marcha aparecen parestesias, adormecimiento de la extremidad y necesidad de detenerse.

El síndrome por el cual nos consulta es, pues, esencialmente una claudicación de ambas piernas, que aparece intermitentemente como clásicamente acontece con estos procesos arteriales. La exploración denota, en efecto, una frialdad de la extremidad, isquemia y positividad de todas las pruebas de obstrucción arterial (del lazo, del éstasis provocado, del éstasis postural, etc.). Abolición de oscilaciones; no se palpa el pulso en las pedias; no tiene tampoco ningún fenómeno necrótico en los pies; bien de reflejos, nada de sistema nervioso muscular, ni venoso.

A la auscultación, un soplo sistólico en la punta, que se irradia, y es intenso también en el foco aórtico. En el ortodiagrama, hipertrofia ventricular izquierda; aorta de aspecto normal. En el electrocardiograma, preponderancia izquierda poco marcada. En la orina, nada anormal (ni glucosa, ni albúmina, etc.). En la sangre, la reacción de Wassermann y similares es negativa; glucemia y colesterolinemia normales. En la observación de temperaturas se sorprende algún día febrícula ligera. De los restantes aparatos no hallamos nada anormal.

La etiología del proceso obstructivo arterial (endarteritis) de este enfermo no aparece clara en un primer momento; no existen en él ninguna de las causas que habitualmente determinan esta afección; ha quedado excluida la sífilis y asimismo la diabetes o trastornos diabéticos larvados; no puede pensarse tampoco en la enfermedad de Buerger, que habitualmente afecta a sujetos jóvenes y cuya evolución es totalmente diferente de la de este enfermo; los datos de sangre tampoco apoyarian, por otra parte, esta suposición.

El enfermo no es tampoco un hipertenso ni un enfermo vascular propiamente dicho en el sentido de lesiones generalizadas de otros puntos. A primera vista, y en vista de lo anterior, podría pensarse en un proceso arterioesclerótico, y éste no podría ser sino del tipo de la esclerosis involutiva; no existiendo, por ejemplo, causas tóxicas que pudieran argüirse (plomo, etc.), no hay ningún signo general de semejante esclerosis, ni en los grandes vasos (aorta normal a la pantalla y a la auscultación) ni en los vasos medianos (temporales, radiales, etc.).

Hay, en cambio, otros datos que no pueden perderse de vista: el enfermo ha tenido su infección reumática intensa, tras de la cual ha quedado una endocarditis mitro-aórtica que tiene alguna actividad evolutiva (febrícula, fórmula leucocitaria); desde entonces han comenzado sus molestias de las piernas, que han seguido una evolución lenta, pero siempre progresiva; la proteinoterapia y el tratamiento antirreumático hecho durante su estancia en el servicio han ido mejorando progresivamente su síndrome.

Es natural que tendamos a unificar todo su síndrome;

la falta de toda otra causa posible de su afección vascular, el paralelismo de comienzo, la coincidencia de exacerbaciones de ese proceso local con sus otros síntomas, que no se podría dudar por nadie en aceptar como reumáticos, y la certeza que tenemos de lesiones reumáticas en los vasos, nos hacen aceptar que su proceso vascular es también reumático. A esto unimos otros tres casos de nuestra observación, dos de ellos de esta clínica y otro de nuestra actuación anterior en Sevilla, en los cuales el síndrome era muy semejante a éste: asociación de claudicación intermitente con una infección reumática anterior y una endocarditis evolutiva residual, todos ellos muy demostrativos, y creemos que debe tenerse en lo futuro siempre en cuenta esta causa posible de endarteritis de las extremidades al lado de otras.

Es cierto que no se trata en esta forma tan desarrollada de un fenómeno corriente, y que entre estos tipos clínicos de padecimiento la sífilis es con mucha mayor frecuencia la causa, así como acontece con la aortitis, que algunas veces tiene un carácter clínico tal, y como vemos, las aortitis sífilíticas y, sin embargo, tienen una etiología reumática; numerosos autores han insistido en los últimos tiempos en estas aortitis del reumatismo, de las que hemos visto muchos ejemplos, y cuyo conocimiento debemos, sobre todo, a los trabajos clínicos e histopatológicos de Klotz, quien distingue formas principalmente meso-aortíticas muy semejantes a las de la lúes. Otros muchos autores han aducido estudios de este problema del que no nos ocupamos ahora (Osler, Allbutt, etc.). Los restantes vasos es evidente para nosotros que pueden presentar asimismo alteraciones inflamatorias que den una cierta individualidad al cuadro clínico.

De esta que podemos llamar «endarteritis reumática», o bien «arteritis reumática obliterante», apenas si existe alguna mención por autores anteriores.

Lobstein y Andral mencionaron la existencia de arteritis en el reumatismo, y, sobre todo, Guenau de Mussy probó la existencia de lesiones arteriales obliterantes en algunos enfermos reumáticos—se trataba de reumatismos primeramente poliarticulares y agudos—que fallecieron hallándose estas lesiones en la autopsia, cuyo carácter, para el autor, sería acercable al de la arterioesclerosis, no dudando en aceptar una relación de causa a efecto.

También Quinke declaró haber hallado en muchos esclerosos vasculares una aparición después de un reumatismo poliarticular.

Más posteriormente, Aschoff señaló (1904) las lesiones vasculares frecuentes del reumatismo agudo, sobre todo a nivel de los vasos coronarios, aunque también en otros, y comparó su aspecto al de las «arteritis modosas».

Klotz estudió dos formas principales de afección vascular reumática: una medial, cuyas lesiones serían muy comparables a las de la lúes, forma de localización en la aorta o grandes ramas, y otra en la cual dominaría el proceso proliferativo o hiperplástico.

Señaló asimismo la existencia en varios casos de síndromes de obliteración arterial en las extremidades debidas a este último tipo, siendo, según él, más frecuente en las extremidades superiores, pero habiendo observado en algún caso obstrucción de latibial.

Barie dedicó en 1913 un estudio al asunto, señalando sus semejanzas y diferencias con arteritis de otras enfermedades infecciosas, y aceptando la mayor frecuencia en los brazos.

Más recientemente, la existencia de estas arteritis aparecen marcadas en descripciones aisladas y más bien

desde un punto de vista de hallazgo anatomopatológico; sobre todo se ha fijado la atención a las lesiones vasculares de las coronarias, participando, más o menos intensamente, en el cuadro de una miocarditis.

Geipel ha encontrado el granuloma reumático (nódulo de Aschoff) en estos vasos, ya en la adventicia, ya penetrando más profundamente en el espesor mismo.

Watjen publicó la observación de un caso de miocarditis reumática, con autopsia, y simultáneamente lesiones intensas de la media y la íntima de diferentes arterias.

Chiari, de siete casos estudiados, halla en seis numerosos nódulos reumáticos en algunas arterias, con la máxima frecuencia en la aorta, pero también en los vasos medios.

En algunos casos estudiados por Klinge se averiguó la existencia en los vasos afectados de sujetos reumáticos de una intensa alteración de la media e íntima convertidas a veces en verdadera masa hiliñofibrosa.

Slatter, muy recientemente, se ha referido a las lesiones tan frecuentes de los vasos coronarios, y algunos otros autores (Kugel y Epstein, Glahn y Pappenheimer) también se han ocupado de estas lesiones vasculares del reumatismo.

Graff ha publicado su observación de un caso con intensa tromboarteritis de las ilíacas, de naturaleza, sin duda, reumática, e insiste en las lesiones arteríticas con formación específica de nódulo de Aschoff que existen en autopsias de enfermos reumáticos.

Nuestras observaciones clínicas nos inducen a llamar la atención sobre estos hechos y la relativa frecuencia de manifestaciones vasculares reumáticas.

Los cuadros clínicos de la localización vascular del reumatismo pueden ser múltiples, pero creemos posible por ahora en agruparlos en estos principales:

a) *Las neurosis vasculares reumáticas.*—En primer término deberían comprenderse aquí las vasalgias del reumatismo, que a veces son las causas de los dolores de estos enfermos, por lo menos en parte; la vasalgia se puede acompañar de fenómenos asfícticos locales, pero muchas veces cursan incluso con aumento de la temperatura local; son características su semejanza con las símpatosis vasculares y la intensidad de los dolores irradiados por el miembro afecto y agudizados en forma accésional.

Zimmer ha hecho constar últimamente su importancia en el cuadro clínico del reumatismo agudo.

Muchas veces no hallaremos verdadero dolor, sino simplemente parestesias o fenómenos claramente angiospásticos.

En estos fenómenos angiospásticos del reumatismo que no han sido sometidos aún a un estudio sistemático, creemos nosotros que participan más las lesiones finas de las arteriolas y de los capilares; la capilaritis del reumatismo es cada vez más segura y ha sido sometida a revisión interesante en el último Congreso de reumatismos de este verano. Ciertas manifestaciones cutáneas, fenómenos acroasfícticos, posiblemente las manifestaciones renales de algunos reumáticos, y quizá—en parte al menos las púrpuras pueden ser expresión de ello.

b) *Las arteritis localizadas de órganos.*—En ocasiones, las lesiones vasculares reumáticas tienen un carácter puramente local; así debemos considerar como un ejemplo típico ciertos casos de miocarditis en los que la participación coronaria es muy intensa; miocarditis de pronóstico más grave y más intensas manifestaciones clínicas,

muy frecuentemente con síndrome de angor y de infarto de miocardio; el angor coronario febril de Lián creemos que tiene por base, muy frecuentemente, la arteritis reumática de las coronarias. Fahr ha señalado también localizaciones de proceso granulomatoso reumático en los vasos renales con profundas alteraciones de la íntima y sintomatología nefrítica, pero ya hemos dicho, en otras ocasiones, que la nefritis reumática es, casi siempre, la expresión de un espasmo de los vasos glomerulares; más bien que por afección inflamatoria, por un estado de alergia capilar frente a los productos bacterianos liberados del foco.

c) *Las arteritis agudas reumáticas.*—Los casos estudiados aisladamente hasta ahora corresponden, a menudo, a este tipo; su sintomatología es comparable a la arteritis de otra infección aguda (el tífus la gripe, etc.); no hemos de describir, pues, su cuadro clínico; cuando existe una endocarditis simultáneamente la arteritis de los grandes vasos con carácter genuinamente verrucoso-ulceroso no es una rareza (Stumpff, Haylor, Jores); en las carótidas, en el tronco innominado, y más en las ramas de la pulmonar (Reiche, Hochhaus, etc.), se han encontrado.

En croniocemias estreptocócicas Siegmund ha señalado la existencia de arteritis de marcha más o menos aguda; uno de nuestros enfermos tuvo una arteritis muy típica que evolucionó luego bien durante el estado agudo de su reumatismo. El destino de estos casos es variable; muchas veces constituyen la fuente de trombos y émbolos; en otras ocasiones ocluye a la arteria originando procesos de necrosis; por último, algunas veces tienen un retroceso intenso con el tratamiento, aunque resten manifestaciones de vascularización alterada en la pierna.

d) *Las arteritis de evolución crónica, obliterantes.*—Es la forma más frecuente y de mayor interés clínico; a ella pertenecen los casos a que hemos hecho referencia; el cuadro clínico es semejante al de la enfermedad de Buerger, en general, el de un síndrome de oclusión vascular progresiva de una extremidad en sus diferentes estadios; muchas veces ya durante el ataque reumático, aparecieron vasalgias o fenómenos angiospásticos más electivamente en aquel sitio; ulteriormente las parestesias se han hecho más continuas, se han acompañado de un cierto grado de insensibilidad y ha aparecido una claudicación intermitente con palidecimiento, frialdad, etc. La claudicación se intensifica y aparecen dolores más intensos, y por último, se puede dar fenómenos de necrosis, como en uno de los casos referidos.

En algunos casos de accidentes embólicos o enfermos anteriormente reumáticos, es muy posible que el origen estuviera en un foco arterítico; un enfermo visto el año pasado aquí fué muy típico; recordarán ustedes que era un afásico de Broca con hemiparesia, de comienzo lento, en el cual no encontramos hipertensión, lúes, esclerosis vascular, ni lesiones endocárdicas explicativas de proceso; el enfermo tenía además claudicación de una extremidad inferior, y había comenzado todo a raíz de un reumatismo agudo que había padecido anteriormente; después de éste apareció la claudicación, y un determinado día la afasia, primero transitoria y posteriormente definitiva; tenía febrícula y un foco séptico de amígdalas. Es posible que una arteritis cerebral reumática superponible a la sífilítica sea la explicación de muchos accidentes cerebrales cuya causa no aparece a primera vista clara.

Cuando se presta atención, como venimos haciéndolo a este proceso de las «arteritis reumáticas», que no ha merecido aún, que nosotros sepamos, ningún estudio siste-



Digalène

la más manejable de las preparaciones digitálicas

MEDICAMENTO de URGENCIA
INYECTABLE
DIURESIS RÁPIDA é INTENSA
ACCIÓN CONSTANTE y CERTA

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

SOLUCIÓN. AMPOLLAS
COMPRIMIDOS.



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

PANTOPON "ROCHE"

Jarabe

*Calma la tos,
apacigua el dolor,
produce el sueño*

mejor y mas deprisa

que todas las otras preparaciones hipnóticas y calmantes.

Dosis { Adultos : 1á4 cucharadas de las desopa al día
medias { Niños : 1á4 cucharadas de las de café al día según la edad.



Muestras y literatura
sobre pedido

Productos F. HOFFMANN-LA ROCHE & Co
21, Place des Vosges, PARIS.
Representante: A. ARANA, Carris 80, Barcelona.

PIES ZAMBOS CONGÉNITOS Y ADQUIRIDOS

Volumen en 4.º mayor de 213 páginas con 100 clichés y 150 figuras,
por el Dr. PEREZ CUADRADO y prólogo del Dr. LOZANO

Precio: 12 pesetas.

EDITORIAL CHENA, 1930

Sobre la importancia de esta obra habla el notable cirujano Dr. Dionisio Herrero, en la Revista «Medicina», juicio que publicamos a continuación por parecernos muy clara y justa la exposición.

«Una brillante aportación al material de cirugía ortopédica española acaba de hacer en su libro «Pies zambos congénitos y adquiridos» el médico de la Armada Dr. Pérez Cuadrado, a quien si ya no tuviera otros títulos, bastaría esta publicación para colocarle a la cabeza de la especialidad.

Cultivándose como se hace esta especialidad hoy en España, por tan buenas manos al servicio de cerebros rápidos e ingeniosos en concebir remedios para curar las deformidades, falta muchas veces tiempo a estos cirujanos para darnos impresas sus enseñanzas; y así la publicación de este libro viene a decirnos cuánto bueno se hace y con qué excelente sentido clínico se escoge lo mejor entre el fárrago de procedimientos operatorios, por un cirujano que conoce a fondo el pro y el contra de todos ellos.

Pero es que, además, expone con tanta claridad y precisión los datos anatómicos suficientes para comprender en una rápida ojeada cuál es el agente en el que radica la deformidad, describe ésta tan clara y tan precisamente, que, sin emplear una palabra más de las necesarias, dice sin embargo todo lo necesario.

Ha tenido la habilidad de hacer un libro indispensable por su claridad y sencillez para los neófitos, y de amena lectura, agradable economía de tiempo para recuerdo y suma de detalles de técnica incruenta y cruenta, que han de agradecer los maestros consagrados a esta especialidad, hoy en máxima evolución como la que más de las quirúrgicas.

La abundancia y precisión de los dibujos, la claridad de los esquemas y la exactitud de las fotografías, contribuyen a la amenidad del libro y a la rápida comprensión de las descripciones. Es libro que se lee de un tirón, como se dice en el argot de librería.

Conociendo bien al autor y al librero, se comprende el prólogo que le dedica el Dr. Lozano, de Zaragoza, en el que campea, como siempre, la galanura de la frase y la profundidad del maestro.

Felicitemos de todas veras al Sr. Pérez Cuadrado y esperamos ver pronto nuevas ediciones de la obra, que figurará en la biblioteca de todo cirujano, sea o no especializado en ortopedia.—DIONISIO HERRERO.»

Pueden solicitar este libro condicional, para ser revisado, todos los suscriptores de

EL SIGLO MEDICO

a la Librería Médica R. Chena y C.^a

Atocha, 145

Apartado 7.004

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

mático, y al que hasta ahora no se ha dado ninguna importancia clínica, se explican muchas cosas antes inexplicables en la etiología del proceso en enfermos afectados de arteritis; muchas veces al interrogar al sujeto hallamos un reumatismo poliarticular agudo, y otras una lesión endocárdica simultánea. Otras veces no hay tales antecedentes si nos guiamos del recuerdo de proceso articular.

Pero, y esto presta especial interés al asunto, hoy sabemos que la artropatía múltiple no es esencial a esta enfermedad, aunque sea un síndrome que frecuentemente la acompañe; existen, en efecto, formas puramente cardiales y cardiorrenales, y aun renales de reumatismo agudo febril; y por analogía pensamos que debe tenerse en cuenta una forma puramente vascular o cardiovascular de la enfermedad reumática. Entonces ampliaremos el número de casos que vemos de arteritis reumática, y esto nos llevará a buscar en casos de arteritis ocluyente, cuya etiología no se vea clara, focos sépticos en el organismo a los que sea achacable el proceso.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

CÁNCER DE LA MATRIZ Y EMBARAZO, por el Dr. Luis Soler.

D. Luis Soler es sin disputa alguna uno de los ginecólogos de más autoridad de nuestra patria; hombre que todo lo supeditó a laborar en provecho de la humanidad, de talento indiscutible, vocación inquebrantable por la indagación científica, que hizo de su carrera un sacerdocio, no sintiendo jamás ni el orgullo ni la soberbia, ni la ambición, haciendo de la bondad norma de su vida.

Este ilustre médico español ha estado durante su larga vida profesional en la vanguardia de todo movimiento científico; ha envejecido, si envejecer puede llamarse el haber caminado largos años por la vida, poseyendo el cerebro y corazón joven; mirando hacia un fin aureolado por una modestia y un noble sentir digno del mayor elogio.

Hoy el Dr. Soler siente el fuego de admiración, el respeto de sus semejantes, gustando las satisfacciones que producen el deber cumplido y el agradecimiento y cariño de los que debemos la vida a su talento.

Este trabajo sobre el cáncer de matriz y embarazo nos da una prueba de su inquietud, siempre vigilante y frondosa de su espíritu.

Yo, el último entre los médicos españoles, me permito felicitar a este ilustre sabio, no solamente por este magistral e interesante trabajo, sino por la inmensa y fructuosa labor llevada a cabo durante más de cuarenta años de vida profesional.

F. PECO

LA EVOLUCIÓN DE LA SEXUALIDAD Y LOS ESTADOS INTERSEXUALES, por G. Marañón (Madrid); 2.^a edición, un tomo de cerca de 300 páginas. Editor, Javier Morata. Madrid, 1930.

El exacto conocimiento de los caracteres sexuales morfológicos y psicológicos de la especie humana y su investigación sistemática en gran número de hombres y mujeres permiten comprobar, no solamente las monstruosidades y estados patológicos de todos sabidos, sino también un grupo constituido por millares y millares de seres, cuyas morfología y psicología pueden considerarse prácticamente como

normales, pero donde se descubren rasgos anatómicos o funcionales del sexo opuesto. Además de estas intersexualidades anormales existen otras que pueden llamarse fisiológicas, propias de las edades críticas, pues es grande el número de hombres y mujeres normales cuyo sexo se hace confuso en la pubertad o en el climaterio.

Entiende el autor por estados intersexuales, en la especie humana, aquellos en que coinciden en un individuo—sea hombre o mujer—estigmas físicos o funcionales de los dos sexos, ya mezclados en proporciones equivalentes o casi equivalentes, ya, y esto es más frecuente, con predominio del sexo legítimo sobre el espúreo. Las intersexualidades ocultas son las más interesantes para el biólogo, pues aun que no alteren la conducta psicosexual del sujeto, explican en cambio modalidades de su psicología y patología que de otro modo quedarían sin interpretación adecuada. Ante la rareza de la pureza sexual absoluta, establece el autor una ley que llama de la constancia de la predisposición intersexual de la especie humana.

La intersexualidad es producto de que en el soma humano se encuentran normalmente signos del sexo opuesto juntos con los del primario, conservándose estos restos heterosexuales, no en calidad de vestigio muerto, sino como disposiciones latentes que pueden revivir en determinadas circunstancias monstruosas patológicas, anormales y aun normales. Como patólogo no le interesa a Marañón el aspecto zigótico del problema, sino el clínico; por consiguiente, aquella sexualidad que establecida en un período relativamente avanzado de la vida embrionaria y desarrollada en la pubertad, es susceptible en un momento determinado de profundas modificaciones fisiológicas y patológicas. Tal sexualidad depende directamente de influencias hormonales y cada alteración sexual está ligada a su correspondiente alteración endocrina.

Al evolucionar la sexualidad, evolucionan imbricadas dos sexualidades, con una cronología e intensidad diferentes y sobre una base obligada de intersexualidad; la diferenciación sexual es un fenómeno de progreso sobre la intersexualidad inevitable. El perfeccionamiento de la humanidad, en lo que se refiere a la vida de los sexos, se ha de hacer en el sentido de una diferenciación sexual cada vez más precisa, y experimenta un continuo progreso a medida que los siglos transcurren. Cada día se irá haciendo más perfecto el mecanismo fisiológico en virtud del cual uno de los sexos latentes en el plasma germinal se atrofia para permitir un mayor esplendor del sexo primordial. El «subsexo» latente acabará por reducirse a un esbozo sin trascendencia en la vida de los instintos, y esto debe ocurrir porque los restos del sexo contrario son como una espina, clavada en nuestra vida instintiva, que puede enconarse y ser la causa de infinitas molestias y graves disturbios. Supone Marañón que la intersexualidad latente es una de las bases en que arraigan gran número de estados anormales del espíritu.

Los caracteres anatómicos y las actividades instintivas y psicológicas de ambos sexos no son opuestos, sino meras fases de una evolución. La tendencia viriloide de la mujer se desvía colateralmente en la pubertad en sentido maternal para volver a su dirección normal en la menopausia. La feminidad sería una etapa intermedia entre la adolescencia y la virilidad. La virilidad sería la etapa terminal de la evolución sexual.

En lo que respecta a la homosexualidad, opina Marañón que el hombre o la mujer que busca a un individuo del sexo opuesto es tan fiel a su instinto como aquel que busca a uno del sexo contrario; estriba la diferencia en que en el primer caso el instinto está desviado. El invertido sería tan respon-

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

sable de su anormalidad como el diabético de su glucosuria. La homosexualidad es un verdadero estado intersexual, con la peculiaridad de que el trastorno funcional es mucho más intenso que el anatómico, a diferencia de todos los demás estados intersexuales que conocemos. Apoya su teoría en las experiencias de modificación experimental de la libido a beneficio de injertos de glándulas del sexo contrario, las comprobaciones histológicas de bisexualidad de la gonada en el sujeto homosexual, la inversión de los caracteres somáticos paralela con la inversión del instinto y, acaso, los resultados de injertos de glándulas testiculares de mono y de hombre normal en individuos homosexuales. Destaca en el extenso capítulo dedicado a la homosexualidad la conclusión a que llega el autor de que al especificarse las circunstancias que condicionan el reflejo erótico se llegará a la creación de un tipo absolutamente individualizado del objeto sexual: *una sola mujer determinada, fuera de la cual el resto del sexo suscitará tan sólo un interés circunstancial y secundario*. El resultado sería el amor monogámico permanente, que representaría el sumo grado de perfección de la sexualidad humana.

En lo que respecta al tratamiento de la intersexualidad, más bien, al de estimular el auge de la diferenciación sexual, dice el autor que la intersexualidad es un mal de la especie, no del individuo, y que la modificación de los elementos endógenos y exógenos que la determinan es labor que debe continuarse durante algunas generaciones. La base orgánica puede modificarse, pero es todavía más importante modificar en un recto sentido las influencias exógenas que colaboran en la génesis de la intersexualidad. De las reglas pedagógicas destaca el consejo de retrasar el momento del ejercicio sexual, porque *toda demora en la actividad sexual es una reserva inapreciable para la cantidad y la pureza de la sexualidad futura*. (¿Se enteran de esta conclusión esos médicos que recomiendan a sus enfermos que acudan al prostíbulo?)

Nos limitamos a exponer las principales ideas sustentadas por el autor en este libro, fruto de una larga preparación, sin entrar en su crítica. Yo creo que estudiando las tendencias sexuales de los enfermos psíquicos, donde desaparece todo freno exógeno, especialmente en los enfermos demenciados, acaso encontremos una diferenciación sexual más avanzada de la que esperábamos hallar; encontraremos bastantes menos homosexuales de los supuestos.

En esta segunda edición ha suprimido el autor los grabados, no sólo por «buen gusto de la moral», sino porque después de depurado el libro, depuración dimanada de la crítica de propios y extraños, ha visto que era más importante estudiar el problema general de la sexualidad y su cronología que un estudio casuístico de la intersexualidad humana. Trata de probar que el sexo de cada individuo, aun del normal, es un sexo doble, y que cada uno de los sexos que le forman evoluciona por separado, con una cronología típica y poco variable. La antigua conclusión se ha transformado en un postulado de trabajo.

A. VALLEJO NÁGERA

PERIODICOS MEDICOS

Medicina interna

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Significación clínica de la hormona cardíaca. Eutonon y análisis de la fuerza de reserva del corazón.**—El Dr. G. Zuelzer, demostró el efecto del eutonon en el cora-

zón de ranas y gatos y en los preparados de Starling de pulmones y corazón de perros: Hay un aumento de tono del músculo cardíaco (disminución del volumen), dilatación de las coronarias hasta un 100 por 100. El músculo cardíaco puede no tener ningún déficit de oxígeno, pues en ese caso falla inmediatamente. El eutonon atiende al músculo cardíaco a consecuencia de la dilatación de los vasos coronarios óptimamente con el oxígeno. Disminuye el gasto del O₂ a consecuencia de la disminución de volumen y aumenta la fuerza de reserva del corazón. De los datos experimentales se deducen las medicaciones clínicas no sólo para corazones ya enfermos, sino también—una novedad terapéutica—allí donde puede esperarse un aumento de exigencias al corazón. Las lesiones consecutivas a un exceso de función en el corazón se explican por la doctrina de las hormonas. El tratamiento por el eutonon tiene carta en enfermedades anginosas (palpitaciones), etc., en angina de pecho, el clásico ejemplo de síntomas hormonales y de la insuficiencia crónica del músculo cardíaco. La disnea, una acidosis por el ácido láctico, recibe especial influencia favorable. La presión sanguínea es regularizada al óptimo, la patológicamente baja sube y la alta desciende; al lado del concepto dinámico mecánico, la doctrina de la insuficiencia cardíaca como expresión sintomática hormonal es digna de la mayor atención. (*Sociedad Médica Berlínesa*, 15 de Febrero de 1930.)

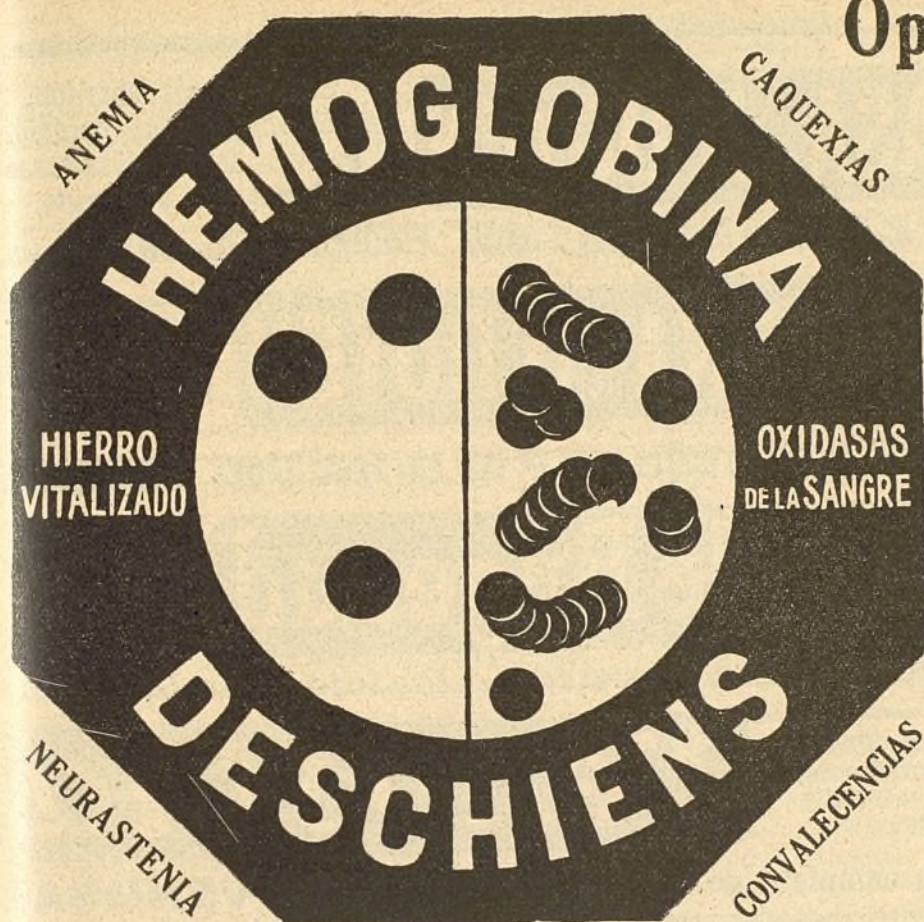
EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Precáncer de la lengua. Iconografía de algunas lesiones irritativas y traumáticas que conducen a la cancerización, por el Dr. S. Noguer-Moré.**—Comienza indicando la importancia del diagnóstico precoz del cáncer y de los procesos precancerosos de la lengua, los cuales, en las regiones accesibles, es posible diagnosticar y curar siempre. «La mayor dificultad en la curación del cáncer, dice, residirá siempre en saberlo bien reconocer». Examina las diversas causas, que divide en dos grupos: en el primero incluye las causas de origen exógeno (traumatismos, cáusticos, acciones irritantes de origen bacteriano, cuerpos extraños, calor, etc.), y en el segundo, las causas de origen infeccioso específico, como la sífilis. En este artículo trata solamente del papel o influencia de los traumatismos en el sentido de pequeñas mordeduras, roces de muelas mal implantadas, de aristas corroídas o cortantes, sea por caries o por aparatos protésicos o por desgaste natural, etc., dedicando un interesante capítulo al papel de la lúes en la génesis de estos traumas o hechos irritativos.

Con una gran profusión de grabados y tricromías, describe diversas modalidades de lesiones consecutivas al traumatismo en su resumen iconográfico:

Ulceraciones linguales traumáticas de origen dentario. Unas veces en relación con diversas causas generales (intoxicaciones, infecciones, estados diatésicos, etc.), otras, en relación estrecha con diversos traumatismos. Ofrecen una relación de contigüidad característica: su situación vis a vis del diente causante del mal.

Ulceraciones linguales traumáticas hemorrágicas (tumores y equimóticas), las que ha podido el autor observar en dos condiciones distintas: en unos casos la aparición fué súbita, en forma de tumoración sanguínea, que espontáneamente se reabsorbió, dejando una superficie ulcerosa recubierta por una membrana distendida por la extravasación sanguínea; esta forma suele padecerse, en general, una sola vez. La otra forma aparece bajo el aspecto de manchas equimóticas que dejan pequeñas exulceraciones que cicatrizan lentamente; se sucede con suma facilidad y frecuencia, y está en relación con algún trastorno interno con fuerte



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baudry, Paris (8^e) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagúés, Barceloní

OSRAM VITALUX

La lámpara eléctrica con efectos semejantes al sol (rayos calóricos, lumínicos, ultravioleta).



La
lámpara Osram-Vitalux y los
nuevos radiadores Osram-
Vitalux G100 y G125 prác-
ticos, se hallan de venta en
los establecimientos médico-
quirúrgicos. Pida literatura
gratuita a

OSRAM
Apartado 251, Madrid.

Algunas indicaciones médicas:

Profilaxis del raquitismo, tuberculosis ganglionar, quirúrgica y de la piel, neuralgia, reumatismo (neuritis, micosis), enfriamientos (constipados), pleuresía, heridas abiertas, absesos, forúnculos, enfermedades de la piel por hongos, herpes tonsurantes de la barba, catarro de las fosas nasales, inflamaciones del oído medio, enfermedades de los dientes

ESTAFILASA del D^r DOYEN

Solución concentrada,
inalterable, de los principios
activos de las levaduras
de cerveza y de vino.

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **AGNÉ, FORUNCULOSIS, ANTRAX, etc.**

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

Provoca la fagocitosis, evita y cura la mayor parte de las **ENFERMEDADES INFECCIOSAS**

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Comprimidos compuestos de Hípo-fósforos
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

ACCIDENTES DE LA MENOPAUSIA Y DE LA PUBERTAD

Amenorrea

Dismenorrea

Gynocalcion

Gynocalcion M.

Gynocalcion P.

MENOPAUSIA NATURAL Ó QUIRÚRGICA
INSUFICIENCIA OVÁRICA
ESCLEROSIS OVÁRICA

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD
DISOVARISMO
MENORRAGIA

12 á 16 grageas al día, diez días al mes.

LABORATOIRES CORTIAL. — 15, Bd. Pasteur. — PARIS

Agentes generales para España: Juan Martín. — Calle de Alcalá, núm. 9. — Madrid.

Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona

Ayuntamiento de Madrid

repercusión sobre el medio sanguíneo (neoplasias viscerales—hígado, páncreas—leucemia, pénfigo hemorrágico).

Glositis de Moeller y ulceraciones dentarias recidivantes ocasionadas por roces repetidos de las aristas vivas, en sujetos especialmente predispuestos (autointoxicados, enteritis mucomembranosas, etc.). Se diferencia de la lengua geográfica por ofrecer, por dentro del ribete blanco de descamación, una coloración rojo vivo, base edematosa y sensibilidad muy dolorosa.

Granulomas telangiectásicos de la lengua (Botriomicomas). Idénticos al principio a los mamelones de granulación de las heridas infectadas, en forma de pequeñas tumoraciones o mamelones vegetantes o tumorales. Estas producciones inflamatorias, cuyas características clínicas son idénticas a las de los tumores, aparecen unas veces a causa de roces o pequeños traumatismos, otras en sujetos afectos de supuraciones bucales persistentes, en la desembocadura de orificios fistulosos, etc. Dos interesantes trieromías muestran claramente su estructura histológica.

Papilomatosis de la lengua. Observa el autor, con Darier, que el término papiloma o papilomatosis debería reservarse para aquellas excrescencias o verrucosidades con una tendencia natural a la transformación cancerosa. En este sentido, los verdaderos papilomas y los estados papilomatosos de origen infeccioso o irritativo deben considerarse todos como precancerosos, reclamando un tratamiento de urgencia.

Papilomatosis y eritroplasia. Son las papilomatosis desarrolladas sobre eritroplasia, leucoplasia, o bien debidas a irritaciones diversas por derivados de la brea, fenol, etc., o por simples traumas, cauterizaciones, etc., debiendo considerarse todos estos casos como procesos preepiteliomatosos.

Eritroplasia. Es un precáncer caracterizado por la aparición de una superficie apenas desgastada o muy ligeramente saliente, roja, velvética, brillante, bien circunscrita. Su transformación rápida—a veces después de varios años de evolución lenta—en epiteloma metastásico con rápida invasión de los ganglios correspondientes, exige un conocimiento perfecto de su fisonomía clínica y un tratamiento enérgico y precoz. Dos microfotografías muestran perfectamente su aspecto histológico.

Sífilis traumática de la lengua. De importancia enorme en el estudio del cáncer lingual, ya que en el 80 por 100 de los enfermos ha podido el autor descubrir la infección específica. De aquí que el pronóstico del cáncer de la lengua esté supeditado de una manera absoluta a la existencia o no de esta infección específica, aun en los casos en los que, al parecer, las lesiones anatomoevolutivas características de la sífilis no hayan intervenido directamente en la preparación del lecho canceroso. Lo interesante es la existencia de una sífilización anterior, ya sean sífilis hereditarias o adquiridas, ya ofrezcan las lesiones aspecto sífiloide o no. Las reacciones serológicas unas veces son positivas, otras negativas. Describe el autor estas lesiones en dos grupos: las *ulceraciones traumáticas sífiloides en sífilis latentes*, cuya patogenia podría explicarse lógicamente por las alteraciones clásicas de la sífilis terciaria (esclerosis, vascularitis, etc.), que habrían producido, en un órgano tan sensible como la lengua, alteraciones nutritivas o de disminución de defensa local, proporcionándole esta vulnerabilidad exquisita a los traumatismos, y las *ulceraciones traumáticas recidivantes cicatriciales en sífilíticos en actividad* de patogenia mucho más clara, en las que los traumas repetidos producirían lesiones con espiroquetes por despertamiento de focos latentes existentes hasta a veces en los mismos infiltrados inflamatorios residuales de lesiones específicas ya cicatrizadas, aparecidas anteriormente.

Estudia luego el autor las cicatrices resultantes de las lesiones linguales, deduciendo que «no todas las cicatrices son aptas para cancerizarse». Lo son especialmente aquellas poco elásticas, rígidas, a tendencia inflamatoria recidivante, expuestas a roces y presiones repetidas.

Pasa luego a estudiar los estados *intermediarios de evolución clínica, desde la ulceración irritativa de origen dentario, al epiteloma inicial papilar*, cuya evolución anatomoclínica puede leerse perfectamente en dos excelentes láminas, acompañadas de un esquema demostrativo de la técnica empleada por la radiumpuntura.

Ulceraciones linguales traumáticas fisurarias. Epiteloma epidermoide fisurario, infiltrante, de extraordinaria gravedad, desarrollado ordinariamente sobre una fisura, sin ninguna tendencia a la cicatrización, y en las que la palpación revela una mínima induración leñosa muy bien circunscrita. Es el tipo de epiteloma que ya «d'emblée» se desarrolla en profundidad, y raras veces la intervención, por precoz que haya sido, no lo ha sido lo suficiente.

Ulceración dentaria fisuraria recidivante, seguida de epiteloma epidermoide rápidamente infiltrante, caso avanzado.

Ulceración traumática del frenillo, seguida de epiteloma epidermoide, llamado clínicamente discoide o en pastilla, de evolución lenta, forma perfectamente limitable, con elevación uniforme, discoide o en pastilla dura y superficie erosionada. El tratamiento verificado en tiempo oportuno ofrece grandes probabilidades de éxito.

Ulceraciones traumáticas recidivantes epitelomatoides de la lengua con infiltración inflamatoria residual.—Estudia el autor con gran detenimiento estos casos, en los cuales después de la curación de la ulceración de apariencia banal, persiste un evidente infiltrado inflamatorio difuso residual sumamente característico, mantenido y agravado a cada nuevo traumatismo, a beneficio de una mala higiene bucal posiblemente por las asociaciones microbianas habituales en la cavidad bucal. Es de importancia capital su conocimiento, ya que dada su gran variedad y frecuencia induce fácilmente a errores de interpretación. El examen clínico nos delata un infiltrado difuso, poco circunscribible, que altera poco la movilidad del órgano, el cual aparece doloroso o simplemente sensible a la presión, y cuya dureza demasiado renitente y elástica no suele hacer pensar en un proceso neoformal. Histológicamente sólo existe un proceso de infiltración crónica, infiltrado celular abundante, etc., etc. No obstante, lejos de disminuir el infiltrado, vemos con mucha frecuencia cómo va ganando en extensión y profundidad, originando un cáncer metastásico.

Ulceración dentaria por traumatismo y cuerpo extraño, con fase cicatricial simulando un epiteloma, con exposición de un interesante caso.

«Cuándo una ulceración lingual simple de origen dentario será sospechosa de cancerización?»—1.º Cuando suprimida la causa productora (diente cariado, roído, prótesis cortante, etcétera) la ulceración no se cura en dos o tres semanas, abandonada a un tratamiento anodino local. 2.º Cuando en la erosión o pequeña fisura aparecen una o varias pequeñas eminencias vegetantes, granulosas o muriformes. 3.º Cuando la superficie lisa uniforme de la ulceración aparece como rasgada, roja, desigual. 4.º Cuando el borde apenas apreciable de la ulceración dentaria se hace más o menos saliente, duro, grueso, algunas veces hasta vuelto hacia fuera (signo del ribete). 5.º Cuando la ulceración dentaria, rara vez o apenas sangrante, sangra espontáneamente al menor roce o presión. 6.º Cuando la base blanda de la ulceración simple, en evolución, se infiltra súbitamente. 7.º En caso de duda, la biopsia nos revela la existencia de un tumor maligno.

Reflexiones personales. Como final de este trabajo, hace resaltar el autor el papel preponderante de la irritación crónica y local, hasta el punto de poder afirmar que la irritación localiza frecuentemente el accidente neoplásico. Sin embargo, no debe perderse de vista que al lado de estos factores locales existen otros factores de terreno cuyo substratum latente constituye a veces el *primum movens* de lesiones irritativas banales, con posible transformación cancerosa por perturbación del equilibrio del potencial trófico. Finalmente debemos añadir que el diagnóstico del precáncer va condicionado por el conocimiento de los signos peculiares o modo de reacción especial del órgano sobre el cual el cáncer se desarrolla, sin cuyo conocimiento será siempre muy difícil orientarse. (*Anales del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona, Mayo 1930.*)

2. **Un caso de megarecto, por el Dr. M. Torrelló Cendra.** —Se trata de un niño, el cual siempre ha tenido un estreñimiento pertinaz (una sola defecación cada mes o mes medio). Ultimamente (tiene seis años) presentó crisis de obstrucción intestinal. Por tacto rectal se comprobó una estenosis circular por la que sólo podía pasar una sonda de Nélaton núm. 18, como máximo.

Por radioscopia y radiografía se comprobó una intensa dilatación rectal, formando como una ampolla que llega hasta el reborde costal. Prueba que estaba formada por las paredes del recto, la tolerancia del enfermo.

El exponente dice que no ha encontrado ningún caso semejante en la literatura pediátrica.

Además, parece confirmar que la existencia de una estenosis del recto difícilmente puede dar lugar a la formación de un megacolon. (*La Pediatría, Barcelona, Septiembre de 1930.*)

Bromatología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **El cacahuete, por Henri Leclerc.** —El cacahuete (*arachis nipocea*) es un fruto que posee un gran valor alimenticio, según es fácil comprender con sólo pasar la vista por el siguiente cuadro de Balland que establece la composición centesimal de algunos granos de diversas procedencias:

	Argelia	Madagascar.	Nueva Caledonia.
Agua.....	3,40	5,40	6,30
Materias azoadas.....	24,24	27,24	30,27
Idem grasas.....	51,80	45,90	47,15
Idem amiláceas.....	17,16	17,11	8,33
Celulosa.....	1,90	1,85	3,75
Cenizas.....	1,50	2,50	4,20

Las investigaciones recientes de Johns y Jones han puesto de relieve, además, la importancia de las sustancias azoadas que contiene el cacahuete, de cuya almendra han extraído dos globulinas, la araquina y la conaraquina, que proporcionan, la primera, el 4,96, y la segunda, el 6,55 por 100 de ázoe básico, representando esta última cifra el porcentaje más alto que ha sido hallado hasta ahora en una proteína vegetal. Estas globulinas contienen ciertos aminoácidos básicos, como la arginina, la histidina, la cistina y la lisina.

De esta composición deducen Johns y Jones que la pasta de cacahuete sería particularmente eficaz para aportar un suplemento a los productos alimenticios compuestos de cereales y otras semillas cuyas proteínas son pobres en ácidos aminados. Esta pasta, secada a la estufa y triturada, propor-

ciona una harina blanca que contiene tres veces menos azúcar y almidón que el trigo, pero que, en cambio, presenta un tenor en proteínas y en materias grasas cinco veces superior, y una proporción cuatro veces más elevada de materias minerales. Maurice Boigey considera esta harina como un alimento esencialmente reconstituyente que en igualdad de peso alimenta más que la carne, y que es muy apropiado para la renovación de nuestros tejidos y para la remineralización del organismo por su riqueza en fosfatos de potasio y de magnesio.

A falta de harina de cacahuete, que no es de uso corriente en el comercio, se podrá recurrir a los cacahuetes tostados que reúnen los tres grandes grupos de principios orgánicos, prótidos, glúcidos y lípidos, fuentes de energía y de calor necesarias para la conservación de la vida y para la producción del trabajo fisiológico de los órganos. El cacahuete, por otra parte, se presta a las combinaciones culinarias más variadas, bien bajo la forma de cacahuete pulverizado, bien bajo la forma de manteca de cacahuete. La primera de estas preparaciones se obtiene triturando simplemente las almendras secas en un mortero, y el polvo así obtenido se puede incorporar a potajes, ensaladas, pasteles, entremeses, etcétera. Para preparar la manteca de cacahuete se trituran asimismo las almendras en un mortero hasta su conversión en una masa butirosa; se recomienda por su untuosidad, su sabor dulce y fino, su digestibilidad y sus cualidades organolépticas. El autor la recomienda a los tuberculosos bajo la forma de sandwiches.

Del cacahuete se obtiene un aceite comestible por primera presión en frío y un aceite industrial por segunda presión en caliente.

Si el cacahuete merece ocupar un sitio de honor en bromatología, su papel en la farmacopea se reduce al que desempeñan las sustancias o euginosas, tales como las semillas de adormideras, las aceitunas, las avellanas, etc. Sin embargo, diferentes autores le han atribuido virtudes terapéuticas contra la tisis, la pleuresía y como afrodisíaco. Otros le consideran capaz de relajar las fibras y de proporcionar alivio en los cólicos secos, en las dificultades de orina, en los partos laboriosos y en los dolores de vientre de los niños. También hace algunos años se ha llegado a asegurar que tomando por la noche 50 almendras de cacahuete se vencía el insomnio por rebelde que fuese. Todas estas opiniones conviene acogerlas con cierto escepticismo, pudiéndose considerar como suficientemente importantes los servicios que el cacahuete presta en dietética para que el terapeuta le perdone el que no sea analgésico, ni eutócico, ni hipnótico. (*Le Courrier Medical*, núm. 12. 23 de Marzo de 1930).—T. R. Y.

Toxicología

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Arsenicismo crónico, por el Dr. Clemente Alvarez.** —En resumen, se trata de un niño de siete años de edad con signos manifiestos de intoxicación arsenical crónica en el que desde dos meses antes aparecen crisis dolorosas intensas en el pie izquierdo durante las cuales el pie se pone anémico. El frío parece intervenir indudablemente en su provocación. Fuera de ellas el pie citado está cianótico, habiendo también cianosis ligera en el pie derecho, pero no dolores. En la extremidad del dedo gordo del pie izquierdo hay una pequeña superficie descamada.

En los meses subsiguientes los fenómenos se acentúan y producen la gangrena y eliminación espontánea de todo el tercer dedo del pie izquierdo y de la primera falange del

80250820

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

R/.

Urotropina - Schering

tubo de 20 tabl. de 0,5 gr.

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

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, Madrid.

Apartado 1030, Barcelona.

GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... miligr.-centigr.
Atropina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Atropina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de alcanfor..... centigr.
Brucina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Cafeína.... miligr.-centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro).... centigr.
Calomelanos. miligr.-centigr.
Cicutina (brohdto)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Codeína.... miligr.-centigr.
Digitalina amorfa.. miligr.
Emetina..... miligr.
Espaceína (sulfato). centigr.

Estricnina (arseniato de)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (hipofosfito de). $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (sulfato de)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estrofantina..... $\frac{1}{10}$ mlgr.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de).... miligr.
Helenina..... centigr.
Hidrargirico (bióduro).... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Picrotoxina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Pilocarpina (nitrato de)... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.
Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cianato de). miligr.-centigr.
Quinina (bmhto. de) Sulfato.
Quinina (valetto. de). 2 centigr.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori.... miligr.
Sosa (arseniato de). miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO

SEDLITZ
CH. CHANTEAUD

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaquica
Congestiones.

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

Ayuntamiento de Madrid

Asociación
Digitaina-Dabaina

DIGIBAÏNE

reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE	6, Rue d'Assas. PARIS VI ^e	Muestras y literatura:	J. M. BALSCH Agente general para España.	Diagonal, 440. BARCELONA
-----------------------	--	---------------------------	---	-----------------------------

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

Casa de primer orden. 1.570 metros sobre el nivel del mar. Gran parque y bosque de propiedad. Pensión, incluyendo habitación, tratamiento del médico, etc., desde 20 francos suizos. Prospecto.

===== Médico Director: Dr. F. BAUER =====

LAUREAL PELLETIER

Tratamiento específico de la EPILEPSIA. Sin bromuros.

Copiosa experimentación clínica con éxitos brillantes.

POSOLOGIA.—**Dosis fuerte:** Cachets de 15 ctgrs., uno, dos o tres cada noche al acostarse, según intensidad de los ataques.

Dosis débil: Cachets de 5 ctgrs. 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.

SIL - AL	Sustituye al bismuto en terapéutica gástrica.	Muestras y literatura:
Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro	Existe el Sil-Al belladonado.	A. GÁMIR Valencia.

BARDANOL	INDICACIONES:	Muestras
— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —	Estafilococias en todas sus manifestaciones.	y literatura:
		A. GÁMIR Valencia.

Autorizado por la Inspección Ge- neral de Sanidad, número 4.193. Alcaloides del opio y de la belladona (var. estable en solución Rética).	ATROPAVER	Muestras y literatura a dis- posición de los señores Mé- dicos que lo soliciten al Laboratorio « CELTA », Valencia.
--	------------------	---

segundo, amén de alteraciones más ligeras en los otros. Lentamente cicatrizan las heridas en el transcurso de un año, quedando de ellas los dedos como pequeños muñones deformes. Los fenómenos dolorosos y vasomotores desaparecen definitivamente, pero diez meses más tarde, a raíz de una neumonía, se inicia un proceso pulmonar crónico que dura varios años con todo el aspecto de una tuberculosis ulcerosa, pero sin bacilos en el esputo. El fué la causa de su muerte a los diez y siete años de edad.

Estos fenómenos encuadran perfectamente en lo que se conoce con el nombre de enfermedad de Raynaud. Tal fué la opinión del profesor Muniagurria y la de todos los médicos que observaron al enfermo en aquella época. Su relación con el arsenicismo pareció igualmente aceptable.

En cuanto a su afección pulmonar, podría discutirse si se trató de una tuberculosis o de un proceso crónico broncopulmonar con dilatación bronquial, pero el asunto no tiene mayor importancia desde que se ha iniciado y desarrollado mucho tiempo después de abandonar el enfermo la zona arsenífera. Evidentemente se ha tratado de otra enfermedad.

Que pueda el arsenicismo favorecer el desarrollo de la tuberculosis es, como veremos más tarde, muy discutible. (*Revista Médica del Rosario*, Septiembre de 1930).

Dermatología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. Teoría de la alergia de la piel, por Lehener y Rajka.—Los fenómenos alérgicos son atribuidos a la influencia e influencia recíproca del *alérgeno* y la *reafina*, factores que aislados se muestran indiferentes.

La realidad en este hecho puede comprobarse experimentalmente con el método de los autores, consistente en la inspección cotidiana y en un mismo lugar de la piel de una determinada sustancia, con lo cual se logra una sensibilización general.

En determinadas sustancias como la atropina y la morfina, es preciso añadir una sustancia sensibilizante para conseguir esta sensibilización general orgánica. La calidad de las mencionadas sustancias sensibilizadoras varían, pudiendo ser alguna proteína, la glucosa o la colestestina.

Las sustancias de reacción, a pesar de no poder demostrarse más que en la sangre, y tienen su origen en las células cutáneas. Se encuentran dos tipos de ellas, según produzcan reacciones atenuadas o exageradas, y tanto unas como otras se encuentran en la piel, tanto de los individuos alérgicos como de los analérgicos.

Las reafinas son producidas en la piel, de donde pasan a la sangre en la que se comprueban por las crisis hemoclásicas, las reacciones cutáneas y la transmisión pasiva. Pueden éstas penetrar en la sangre (humorales) o estar fijas a las células (estables).

En la transmisión pasiva han observado los autores que después de la acción repetida del alérgeno se producen reacciones más atenuadas que con el suero normal. Este hecho es explicado por la presencia de unas sustancias dotadas de acción contraria a la de las reafinas que han sido denominadas *desreafinas*.

Es probable que las *desreafinas*, sean en parte las productoras de los procesos de hipertensibilidad, mientras que las *desreafinas* sean las que den lugar a los fenómenos alérgicos de hipertensibilidad.

En opinión de Lehener y Rajka, la acción inflamatoria, física o química, produce la tumefacción cutánea, ayudada de una sustancia intermediaria que se encuentra libre en la piel.

Los cuerpos, tanto normales como alérgicos, responden a las causas inflamatorias, produciendo sustancia intermedia.

Por lo tanto y resumiendo, podemos afirmar que en toda reacción alérgica hay que distinguir los tres factores siguientes:

- 1.º Alérgeno.
- 2.º Reafina o desreafina.
- 3.º Sustancia intermediaria.

Los dos primeros son específicos. El tercero se produce bajo cualquier influencia.

Por lo tanto, parece ser que los estados de sensibilización o hipersensibilización dependen de una sustancia aumentadora y de la reafina, mientras que los estados de desensibilización son debidos a una sustancia atenuadora y a la desreafina. (*Ann. de Derm. et de Syph.*, núm. 3, 1930.) Dr. TOMÉ BONA.

Terapéutica

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. La transfusión de sangre en terapéutica de urgencia, por el Dr. M. Gómez Durán.—La sangre transfundida obra por dos mecanismos fundamentales: por sustitución de los elementos perdidos de la sangre del receptor y por excitación de la hematopoyesis, produciendo en definitiva la elevación de la presión arterial.

Las indicaciones de urgencia o quirúrgicas de la transfusión se refieren a la hemorragia, el *shock*, ciertos estados de menor resistencia pre y postoperatorios y las intoxicaciones.

La indicación de la transfusión sanguínea en los estados de menor resistencia pre y postoperatorios, debe establecerse fundándonos en datos análogos a los que sirven para establecer la indicación en caso de hemorragia y *shock*, es decir, en la hematimetría, hemoglobímetro, índice de coagulación y oscilometría.

Los resultados más brillantes de la transfusión de urgencia se obtienen en la hemorragia y en el *shock*, donde pueden observarse verdaderas resurrecciones, esto es, lo que ha acreditado la transfusión en cirugía de guerra.

Teórica y prácticamente han desaparecido los peligros de la transfusión con el descubrimiento de los cuatro grupos sanguíneos, sin cuya clasificación del donante y receptor nunca se procederá a la transfusión sanguínea.

Es de este modo cómo la transfusión sanguínea está destinada a figurar de una manera cada vez más segura y definitiva en la terapéutica del porvenir. Asimismo, el espíritu del público se va familiarizando con el método, y no volverá ya el tiempo que cada transfusión sea considerada como un acontecimiento sensacional, anunciado en grandes caracteres en la primera página de los periódicos no profesionales. (*Rev. Ib. Am. de Cienc. Méd.*, Septiembre de 1930.)

2. La paludización en procesos no sífilíticos, por el Dr. E. A. Sáinz de Aja.—Buscando el motivo para destacar la acción favorable de la paludización, no puede el autor por menos de negar en absoluto su utilidad en la parálisis general alcohólica, en el parapsoriasis, y quizás en las dermatitis rojas y escamosas en general; evidentemente alivia, atenúa las lesiones del rinoscleroma y leishmaniosis a la americana, pero sin pasar de ahí, aunque eso ya es algo, porque facilita, favorece la ejecución con mayor éxito de las medicaciones específicas o no recomendadas en estas enfermedades, cuando se emplean después de la paludización y aprovechando la atenuación que ésta ha determinado en los

infiltrados y lesiones cutáneas, no en las ulceraciones mucosas de ambos procesos. (*Revista Médica Gallega*, Junio 1930.)

Neurología

EN LENGUA EXTRANJERA

1. **La hemicránea, por el Dr. Romberg.**—El autor nos habla en primer lugar muy extensamente de la sintomatología.

El dolor, síntoma principal, localizado generalmente en sienes, frente, bóveda, aparece en forma de accesos, después de un «aura», que consiste en un molesto centelleo.

Algunas veces se asocia al dolor, y esto con mucha frecuencia, un estado nauseoso, incluso vómitos, hasta el momento en que el dolor comienza a ceder algo.

El autor ha observado 166 enfermos, y de ellos sólo 50 hombres y 116 mujeres; es, por lo tanto, más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 2,3 por 100.

El autor cree poco probable esta enfermedad en la juventud. Se presenta después de los treinta años, aun cuando él ha observado algunos casos.

Se ocupa después de las formas equivalentes del acceso.

Muchas veces puede faltar el dolor y presentarse todos los restantes síntomas; pero siempre existe algo de dolor como síntoma secundario.

Otras veces se manifiesta por estados de inapetencia, plenitud. Los vómitos incoercibles de los niños podrían considerarse como de este origen.

Respecto a la etiología, el autor nos habla sobre las obscuras teorías que hay sobre este asunto. ¿Desempeña la herencia algún papel? Indudablemente. El autor señala la gran semejanza entre la hemicránea y la epilepsia, y el dato de que muchas veces se presentan juntas; aun cuando el autor no cree tengan parentesco.

Puede también pensarse en un origen anafiláctico, que si tenemos en cuenta el edema angioneurótico que algunas veces se presenta, no tendría nada de extraño.

Hoy por hoy, lo que es innegable es la génesis de los procesos vasoconstrictores en el ataque.

El diagnóstico diferencial nos cabe hacerlo con dolores de diferentes orígenes, como de senos maxilares, frontales, oídos, muelas; los producidos por tumores cerebrales pueden confundirse al principio con los de la hemicránea; pero el diagnóstico por punción exploradora y examen de fondo de ojo es suficiente para hacer el diagnóstico diferencial.

Los dolores de cabeza que tienen un origen urémico son difíciles de diagnosticar, aun cuando sus principales diferencias son que éstos son bilaterales, mientras los de hemicránea, como dijimos, son monolaterales, además del estado general del enfermo, y el dato de presentarse en edades juveniles va más bien en contra de su origen urémico.

Con otro tipo, quizá el más difícil para hacer el diagnóstico diferencial es el dolor de cabeza de origen alimenticio, debido a consumo insuficiente de ciertos alimentos, carne, o por el empleo de otros, como alcohol, etc.; un interrogatorio bien dirigido servirá para hacer el diagnóstico diferencial.

Por último, se ocupa el autor del estudio del tratamiento. Y aconseja, en el momento que se siente la proximidad del ataque, administrar al enfermo un sello de la fórmula siguiente:

Fenacetina..... 0,25 gramos.
Caféina..... 0,15 —

Para un sello.

En caso de personas de estómago muy delicado, aconseja

seja el autor añadir a la fórmula anterior 0,30 gramos de teobromina.

El autor aconseja un tratamiento prolongado con luminal tres a cinco veces al día (0,015 gramos luminaleta), después de las comidas, y por las mañanas y en caso de hipertensión, teominal (teobromina + luminal).

El autor no cree en la eficacia del bromo calcio.

Régimen acético, proscribiendo tabaco, alcohol.

Por último, si fracasan éstos, tratamiento psicógeno. (*Munchener Med. Woch.*, 1930, VI).—DR. LAPOULIDE.

Pediatría

EN LENGUA ESPAÑOLA

1. **Contribución al estudio patológico del megaesófago, por Juan Pulgar Ruiz.**—No hay teoría patológica que pueda ser aplicada a todos los casos de megaesófago.

La postura adoptada por el eminente Urrutia al dar valor, no a una alteración morfológica de los tejidos, sino a una predisposición congénita, parece bien.

La teoría de la achalasia marca la mayor importancia concedida a la Fisiología en el estudio patológico del megaesófago, y es lógica y, por tanto, admisible.

Finalmente, emite el autor no una teoría, sino un juicio.

Cree que no es posible encontrar una teoría patológica que satisfaga todos los aspectos y formas en que puede presentarse el megaesófago, por razones, a su juicio, muy sencillas y claras: porque no es un megaesófago, sino megaesófagos; porque no hay una afección única, definida, sino un síndrome; porque en este síndrome, como en todos, al ser varias las causas, la patogenia también lo es.

Y como consecuencia de todo esto, terapéuticas completamente opuestas obtienen igual halagüeño resultado, lo que no podría ocurrir si fuera una la causa productora.

Cree que se pueden admitir como patogenias del síndrome megaesófago la teoría congénita, tal como es interpretada por Urrutia; la del espasmo hiatal y la de la achalasia. Así concebida la cuestión, creemos cesarían todas las divergencias y discusiones.

También cree muy interesante el que se estudie el papel que en la patología del extremo inferior del esófago pueden jugar la sugestiva idea de Privand sobre la disposición de las fibras musculares y el de las células autonómicas de Abderhalden. (*Actualidad Médica*, Septiembre 1930)

Oncología

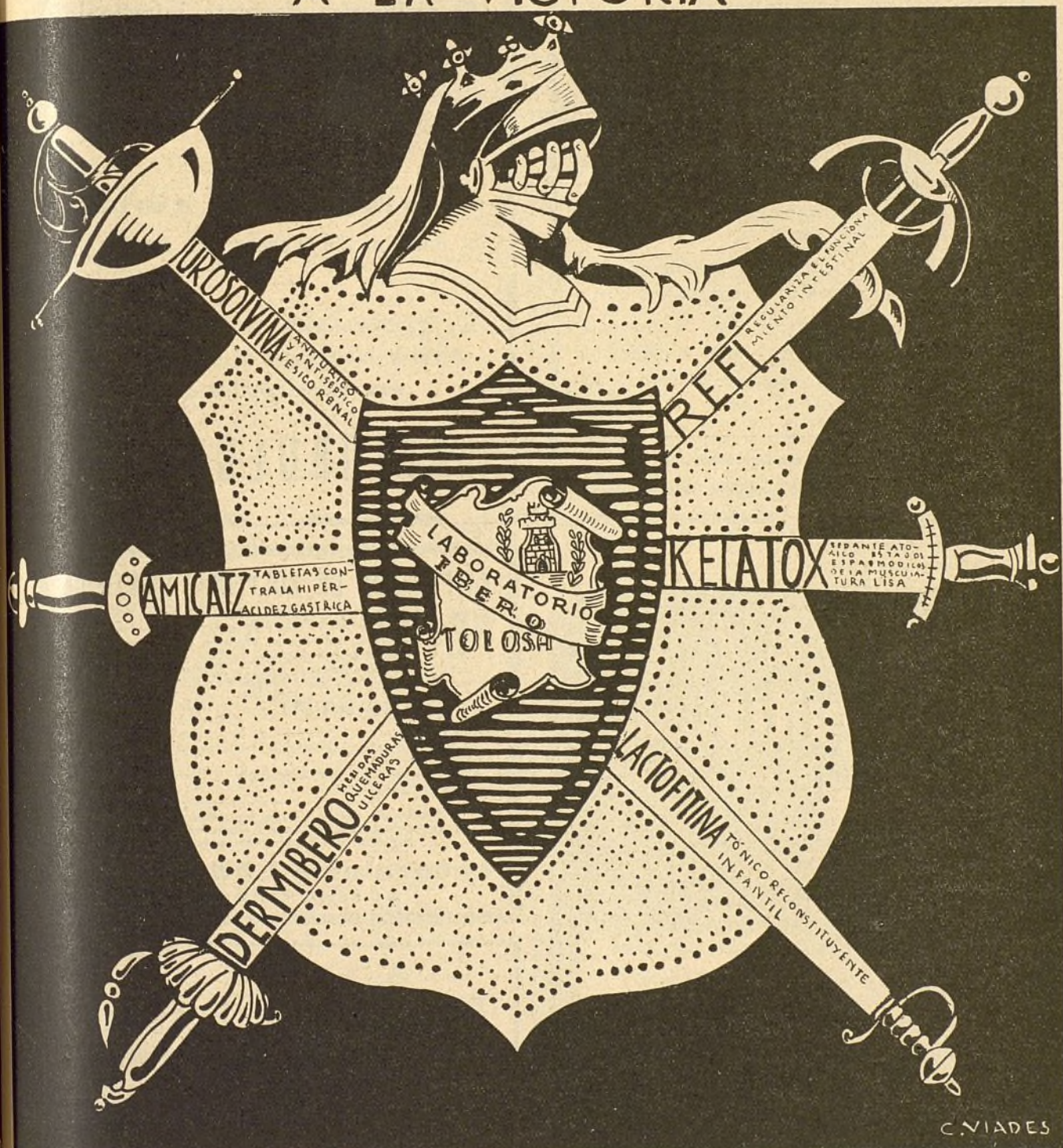
EN LENGUA EXTRANJERA

1. **Estudio comparado del tratamiento del cáncer de la lengua por la cirugía y las radiaciones, por el Dr. G. Memgana.**—El autor ha utilizado para su trabajo las estadísticas integrales de dos servicios parisiños. En uno (hospital de San Luis) se ha tratado el cáncer de la lengua por la cirugía exclusivamente; en otro (hospital Tenon), se ha utilizado la curieterapia. El autor ha reunido, de este modo, 78 observaciones de cirugía pura y 91 de curieterapia.

El estudio de la invasión linfática ha confirmado los datos clásicos y ha demostrado su importancia y su precocidad en el cáncer pelvilingual.

El tratamiento quirúrgico exclusivo ha dado en conjunto 25,6 por 100 de curaciones hasta el día. Sin embargo, considerando como una clase aparte los cánceres completamente incipientes, todavía no diagnosticables clínicamente, se obtiene 55 por 100 de curaciones en esta categoría, contra 16,1 en el cáncer confirmado. Esta proporción desciende aún a 12 por 100 si se tiene en cuenta la mortalidad operatoria (13 por 100). (*Tesis de París*, 1930.) DR. T. B.

EN LA LUCHA CONTRA LA ENFERMEDAD ESGRIMIR EL ARMA ADECUADA CONDUCE A LA VICTORIA



MUESTRAS Y LITERATURA
A DISPOSICIÓN DE LOS SRS. MEDICOS

LO MAS NUEVO

ACEITE HIGADO DE BACALAO FOSFORADO, DULCE Y AROMATIZADO: Preparación original que ofrece el Aceite Hígado de Bacalao, sin substancia extraña y manipulado en frío para conservación de sus vitaminas, fosforado, de sabor gratísimo y aroma exquisito. Unico preparado mundial de tales caracteres.

FIMONIOL ELIXIR: Preparación balsámica, desinfectante y sedante de vías respiratorias. Eficaz y agradable.

NUTRIL: Extracto céreo, leguminoso, maltosado. Tónico, nutritivo y vigorizador.

REUMATINOL: Eficaz antirreumático de fórmula renovada y científica. Poderoso antiuricémico.

Servimos muestras indicando estación destino.
LABORATORIO ÉGABRO. — CABRA (Córdoba) España.

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados descuidados.
Toses 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 a disposicion de los Señores Médicos y
Agentes Generales para España
CURIEL Y MORAN Arco 128 Barcelona

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

FILOBIOL: Elixir dinamógeno en cuya esencial composición entra verdadera Nucleína específica, Fósforo y Arsénico orgánicos, Thioool, 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)

AGUAS DE MARMOLEJO

Carbónicas, bicarbonatado-sódicas, magnésicas, cálcicas, litínicas muy radioactivas.

De creciente éxito en el tratamiento de enfermos de estómago, hígado, bazo, riñones, vejiga, intestinos, diabetes sacarina, cloro-anemia. Arterioesclerosis, etc.

2.ª temporada de 1.º de Septiembre á 15 de Noviembre. Estación de ferrocarril á 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquiltranada la carretera que conduce á los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

Pedidos de botellas é informes al señor Gerente, en
MARMOLEJO (Jaén).

Agenda de bolsillo para 1931 «Bailly-Baillière».

Si todos los profesionales encuentran en la Agenda de bolsillo «Bailly-Baillière» ese auxiliar poderoso en su actividad profesional, preferentemente tiene que ser útil al médico por la especial característica de su profesión, pues todos sabemos lo expuesto que es confiar se exclusivamente a la memoria.

Consta de un block de papel rayado para anotaciones, con calendario y sanctoral, adicionado con interesantísimos datos, tales como tarifas de Correos y Telégrafos, giros postales, cédulas personales, impuestos de utilidades, etc.

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.

De venta en Madrid: Mantequerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 56.

Su tamaño es de 15 por 10 centímetros, está elegantemente encuadrada en tela, y lleva lapicero. Las hay de dos días en plana, que valen 1,50 pesetas, y de un día en plana, que valen 3 pesetas (per correo 0,50 más). Pedidla en las librerías y papelerías, o a la Editorial Bailly-Baillière, Núñez de Balboa, 21, Madrid, enviando su importe por giro postal o en sellos de Correos hasta de una peseta.

Consideraciones sobre el regaliz.

El profesor Wanderssen en *Die Woche* publica el siguiente aménisimo artículo:

La historia del regaliz es tan antigua como la historia del arte de curar. Está llena de leyendas religiosas y de usos secretos. A pesar de eso, sobre tan extraordinaria substancia se ha escrito asombrosamente poco. La mayoría de los lectores ignoran que el regaliz tiene utilización en diversas aplicaciones además de las médicas.

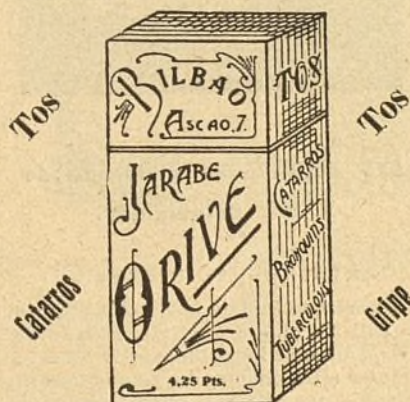
El uso del regaliz por los hombres alcanza a la época prehistórica. En Me-

en general, contra todas las molestias del pecho; también se utiliza, mezclándola a la miel, contra las heridas. Cuando se tiene en la boca hace cesar la sed. Por eso se dice que los escitas con re-

Kelatox: Sedante atóxico.

galiz y queso de yegua pueden resistir once y hasta doce días sin necesidad de beber nada.»

Los arqueólogos han descubierto en las proximidades de Ktesiphon, en la orilla del Tigris, una notable tableta de arcilla que procedía del siglo VII antes del nacimiento de Jesucristo, y en ella se describen los usos del regaliz por los médicos encargados de la asistencia del rey. El profeta indio Brahma recomendó el regaliz a su pueblo como «un medio robustecedor, un remedio de ahorro y un elixir de vida». Los chinos tenían la costumbre de tomar regaliz de manera regular. Lo usan todavía en grandes cantidades, porque creen que hace al cuerpo más flexible, más elástico, aumenta su duración y lo preserva de la senectud. En Europa, el uso del regaliz fué en aumento durante toda la Edad Media, y en el Renacimiento se



hizo popular con el nombre de «medicina dulce».

Hace unos cien años que un químico, en un viaje a Oriente, descubrió que el regaliz es cincuenta veces más dulce que el azúcar, con lo que aventaja a todas las substancias naturales en su dulcedumbre. Le dió el nombre griego Glycyrrhizin, lo que sólo quiere significar raíz dulce. Bajo este nuevo nombre hizo el regaliz su suerte como medio edulcorador, especialmente en Europa, donde desde entonces se emplea en multitud de dulces, en cantidad que aumenta constantemente.

Por ello fué necesario dedicar toda una flota para el transporte de las raíces desde España, Italia, Grecia, Asia Menor, Rusia, Persia y China hacia

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

aquellos países que se habían especializado en la preparación de la raíz de regaliz, especialmente los Estados Unidos. Allí las raíces procedentes de los diferentes países son mezcladas entre sí, como se hace con el café y el té, y

su extracto se agrega, como medio aromático, al tabaco, o como remedio se da a los fabricantes de medicinas o a los confiteros.

La cantidad total de raíz de regaliz que se reúne en el curso de un año sobrepasa hoy a un millón de quintales. Las raíces se colocan, en primer lugar, en grandes montones para su desecación, y permanecen en el mismo sitio durante todo el invierno, cuidando sólo que no sean estropeadas por la humedad. Cuando las raíces, después de permanecer largo tiempo a la desecación, se han secado por completo, se aglomeran por prensa hidráulica en grandes balas de unas trescientas libras de peso, sujetas por cuerdas. El transporte de esas balas al puerto cons

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

tituye, en muchos países, un problema que los naturales de cada región resuelven a su manera. En Siria se han dispuesto lugares especiales de reunión desde donde se encargan de la emisión de las raíces. Cuando esto es posible, se mandan por vía fluvial hasta llegar al mar. Pero cuando esto no es posible, hay que alquilar caravanas de beduinos, en las que se utilizan camellos como animales de carga.

La preparación de las raíces tiene lugar del siguiente modo: Primero son llevadas a una máquina que se llama «rompedora de balas». Después van a una máquina trituradora, en la que las raíces son despedazadas. Una parte de la masa de filamentos es convertida en polvo fino, que se pasa por una criba o cedazo. Este regaliz pulverizado es utilizado en Medicina. El resto de los haces es llevado por las máquinas hasta los extractores que les sacan la materia dulce. La disolución que le contiene es liberada del agua. Esta materia concentrada se evapora de modo que queda un extracto seco. Este es pulverizado y llevado al comercio con el nombre de extracto pulverizado de regaliz.

Ya hemos citado antes el empleo del regaliz para la Medicina, para la confi-

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

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

sopotamia, que es considerada como la cuna de la civilización, era ya conocido en la más remota antigüedad. Los famosos químicos de Egipto y los ilustrados médicos griegos conocían su valor. En el amanecer de la historia se usaban, en toda Europa, muchas toneladas de este remedio. Se reunían las raíces en las extensas planicies de Arabia. Las ruinas de la torre de Babel se levantan en una zona de regaliz. Teofrasto, que es considerado como el padre de la Botánica y era discípulo de Aristóteles, escribía, trescientos años antes del nacimiento de Jesucristo:

«La raíz de regaliz es también dulce; de hecho le llaman algunos raíz dulce. Vale contra el asma y las toses secas y,

tería y para la mezcla con el tabaco. Hace ya mucho tiempo que en el Sur de Europa se utiliza para la fabricación de licores sin alcohol, que se hacen vertiendo agua sobre raíz de regaliz o sobre pasta de regaliz. Esta bebida es considerada como tónica o como depurativa y tomada en grandes cantidades, sobre todo en primavera y en verano. En muchas fábricas de Francia, preferentemente en grandes empresas de hierros y de fundiciones se da de esta bebida a los obreros, porque se ha observado que soportan mejor el calor. En Egipto se emplean cada año cientos de quintales de raíces de regaliz para la preparación de una bebida que allí lleva

el nombre de «mai sus», agua de regaliz, y que es sólo el producto de verter agua fría sobre raíz de regaliz. Esta es la bebida preferida por todas las clases de la sociedad en Egipto en las reuniones y en las bodas, donde se ve que se vierten a puñados raíces de regaliz en vasijas de barro llenas de agua fría. También en Turquía se usa el agua de regaliz, y el vendedor de agua de regaliz con su caldera de latón constituye una figura pictórica popularizada por el arte.

La preparación de la raíz de regaliz

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

no debiera ser una especialidad norteamericana, y debiéramos preguntarnos qué es lo que se hace con el resto de la raíz, no utilizada en la obtención del jugo de regaliz. Muy pronto se averiguó que estos residuos tienen la propiedad de desarrollar una espuma muy fuerte. Inmediatamente se le ocurrió a algunas fábricas de cerveza mezclar ésta con el regaliz para darle una corona de espuma. Pero luego se encontró, para esta capacidad de formación de espuma, un empleo más razonable. Una cabeza privilegiada tuvo la idea de revolucionar la extinción de incendios con los residuos de la obtención del jugo de regaliz. Para ello se apoyó en el hecho que todo fuego cesa en cuanto se le tapa con una capa de espuma que impide la llegada del aire. Se reconoció pronto que para lograr la parte de la raíz que produce la espuma, no es preciso emplear todo el residuo, sino que basta utilizar el residuo un segundo líquido o disolución donde se contiene la espuma.

Así queda, pues, obtenida ya la espuma, un residuo que antes se quemaba, pero en los laboratorios se dedicaron a resolver la interrogante ¿qué podría hacerse para utilizarlo de mejor manera? Los técnicos investigaron e hicieron moldes de papel, en los cuales pusieron la raíz, dos veces tratada, y la convirtieron en pasta, con la cual no sólo se estableció una competencia para las otras pastas, sino que se hizo una pasta

ION-CALCINA

— PALLARÉS —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

que sobrepasa a todas las demás en rigidez y en dureza, y se ha aplicado a los telares Jacquard, dedicados a tapices y a otras clases de estampados. La muestra que se ha de tejer se dispone con orificios especialmente colocados en la máquina. Para ello es preciso que tengan esas máquinas una resistencia especial. Las máquinas Jacquard de filamento de regaliz son hoy reconocidas como las mejores. Pero todavía falta la última palabra sobre el empleo de esa maravillosa raíz. Como resultado de sucesivas investigaciones sobre tan curiosa materia se comprobó que esta raíz, además de su dureza, tiene otras propiedades poco comunes. Se mostró, especialmente, como un notable aislador que detie-

ne, no sólo el calor, sino los ruidos, y se empezó a fabricar una pasta para muros que proporciona a los constructores de casas un material de una extraordinaria eficacia y de incomparable baratura,

CARABAÑA: el mejor purgante.

para dar a sus edificaciones un aislante contra los ruidos y las variaciones de temperatura. La pasta de regaliz de un centímetro de espesor es un medio más eficaz contra el calor, contra el frío y contra el ruido, que un muro de 15 centímetros de espesor hecho con ladrillo, con piedra o con hormigón. Se coloca sobre la madera como revestimiento mural y sin dificultad puede cubrirse de adornos o de estuco.

Con esto han encontrado su última utilización, por hoy, los restos de la raíz de regaliz.

P. M.

Sedal
Merck
Analgésico
Antipirético

Las autoridades gubernativas y los estudiantes.

ANTECEDENTE HISTÓRICO

Ahora que está de moda el discutir si en caso de alboroto e indisciplinas deben someterse los profesores y los estudiantes a las mismas reglas que los ciudadanos todos o, si, en estos tiempos de democracia y libertad, debe suponerse investido cada elemento docente de un más o menos fantástico *fuero académico*, creemos que es oportuno recordar un documento emanado de las Alcaldías y Corregimientos de Valladolid, que lleva la fecha de 1602, y que el Sr. Amezcua publica en su erudito prólogo al *Coloquio de los Perros* del glorioso D. Miguel Cervantes y Saavedra.

Copiamos literalmente respetando hasta la ortografía de la época:

«Medina alababa á los estudiantes valisoletanos por «más estudiosos y menos traviesos que en Alcalá». De todo había; véase si no este botón de muestra, curiosa página para la historia de nuestras Universidades: «en la ciudad de Valladolid, á cinco días del mes de Março de mill y seyscientos y dos años... los S. S. alcaldes dixeron que por quanto

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

CASA SANTIVERI, S. A.—Call, 22.—Barcelona.

á benido á su noticia que en el tiempo de las oposiciones y botos de las catedras de la Universidad desta ciudad de Valladolid ay grandes desordenes, haciendo los estudiantes muchas juntas, así de día como de noche andando con

maskas y armas y haciendo de noche muchos alborotos, gritas y otros Ruidos, de que an rresultado y pueden resultar ynconvenientes y daños así en lo arriua dicho como en el tiempo en que se toma la posesión de las dichas catedras y Paseo dellas... mandauan que... ningun estudiante... no se osado de andar de día ni de noche en juntas ni en camaradas con maskas ni otros difrazes, ni pueda traer ni trayga armas sen cillas ni dobladas ofensiuas ni defensiuas ni en manera alguna, haciendo

Inapetencia, Anemia, Debilidad.

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

Ruidos y alborotos ni dando gritos ne rrazón de las dichas catedras... y andar de noche con los dichos disfrazes y maskas y armas arriua declaradas ni sin ellas quatro juntos por ninguna parte deste corte. Item que los dichos estudiantes no puedan yr ni bayan haciendo las dichas juntas, gritas y alborotos al tiempo que los opositores de las catedras ban á tomar botos, ni á leer en las escuelas, ni al tomar de la posesión de las tales catedras, ni al paso dellas... so pena, etc.»

Agenda de bufete para 1931 «Bailly-Bailliére».

Dado el especial desenvolvimiento de la profesión médica, la Agenda de bufete «Bailly Bailliére» parece hecha a la medida para la organización de la sencilla contabilidad del médico, pues es el libro más apropiado para anotar día por día todas las visitas que se efectúan y todas las consultas que se reciben. Nuestros médicos que tan perezosos son para llevar las cuentas, encontrarán en la Agenda de bufete la solución más cómoda al sencillo problema de su contabilidad.

La Agenda de bufete contiene además datos sobre Correos y Telégrafos, licencia de caza y pesca, cédulas personales, impuestos de utilidades, y llevan todas una participación gratuita en la

ANTIPHLOGISTINE

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

Lotería de 2 de Enero de 1931, y reparte además entre sus compradores 100 magníficos regalos (gabanes de cuero y piel de elefante, maletas, relojes, etc.).

Su tamaño es de 32 por 15 centímetros, sirve para todo el año 1931, y las hay desde 2,50 pesetas hasta 7 (por correo 0,50 más).

Pida usted la Agenda de bufete «Bailly Bailliére» en las librerías, papelerías o directamente a la Editorial Bailly-Bailliére, Núñez de Balboa, 21, Madrid, remitiendo su importe por Giro Postal o en sellos de Correos hasta de una peseta.

SI QUIERES saber cuánto vale un duro, pídelo prestado.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

Destinado á enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.
Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia,
electricidad, calor y terapéutica física.

Hotel de dietética. — Dos hoteles para psiconeurosis.
Pabellón especial de radioterapia profunda. — Sección especial de toxicómanos.

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

SANTANDER

VACANTES

Por renuncia, la de m. t. de Los Pozuelos de Calatrava (Ciudad Real), partido judicial de Almodóvar del Campo, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 653; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 21 de Diciembre.

Datos.—V. con Ay., a 18 km. de la c. de p. y a 28 de la c. La est. más próxima Caracuel, a 14 km. Río Guadiana. Carretera.

—Por renuncia, la de m. t. de Priego (Córdoba), con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 19.000; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 21 de Diciembre.

Observaciones.—Méritos. El casco de la población, según nuestros datos, es de 7.800 habitantes.

Datos.—C., c. de p., a 30 km. de Cabra, que es la estación más próx. Carr.

—De nueva creación, la de m. t. de Almedinilla (Córdoba), partido judicial de Priego, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 4.728; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 225; instancias hasta el 21 de Diciembre.

Observaciones.—Más 650 pesetas por asist. G. C. y alquiler de casa. Según nuestros datos, el casco de población es de 1.630 habitantes.

Datos.—V. con Ay., a 10 km. de la c. de p. y a 113 de la c. La est. más próx., Cabra, a 40 km. Carr. Río de su nombre.

—Por renuncia, la de m. t. de Palacios del Arzobispo (Salamanca), partido judicial de Ledesma, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 864; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 21 de Diciembre.

Datos.—V. con Ay., a 13 km. de la c. de p. y a 33 de la c. La est. más próx., El Cabo.

—Por renuncia, la de m. t. de Valverde, formando el partido, además del indicado, el pueblo Frontera (Santa Cruz de Tenerife), partido judicial de Valverde, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.037; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 34; instancias hasta el 21 de Diciembre.

Datos.—V. c. de p. j. de la isla de Hierro, a 134 km. de Santa Cruz de Tenerife.

—Por renuncia, la de m. t. de Santovenia de Pisuergra (Valladolid), partido judicial de Idem, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 334; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 19 de Diciembre.

(Continúa en la página siguiente.)

Jarabe
"DEYEN"
de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

DOSIS: Adultos, de una a dos cucharadas de las de sopa diluido en agua o solo; niños y menores de un año, una cucharada de las de café; de dos a seis años, una cucharada de las de postre; de seis en adelante, una cucharada de las de sopa, diluido en agua o solo, después de la cena. Todas estas dosis se pueden aumentar o disminuir, según el efecto que produzcan. De venta en todas las Farmacias.

Depositario: E. DURAN. — Tetuán, 9 y 11. — Madrid.

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.

EL MEJOR RECONSTITUYENTE FISIOLÓGICO

Opocalcium

del dr. guersant

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

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

Datos.—L. con Ay., a 5 km. de la c. de p., cuya est. es la más próx. Río Pisuegra.

—Por jubilación, la de m. t. de Carmona (Sevilla), partido judicial de Carmona, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 20.825; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 201; instancias hasta el 19 de Diciembre.

Datos.—C. con Ay., a 33 km. de Sevilla. Carr. Ríos Carbones, Guadalquivir y Guadaira. Ferr.

—Por jubilación, la de m. t. de Lorenzana (Lugo), partido judicial de Mondoñedo, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 5.138; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 19 de Diciembre.

Datos.—V. con Ay., a 8 km. de la c. de p. y a 79 de la c. La est. más próx., Baamonde, a 58 km. Carr. Río Lorenzana.

—Por renuncia, la de m. t. de Llers (Gerona), partido judicial de Figueras, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.225; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 14; instancias hasta el 19 de Diciembre.

Datos.—V. con Ay., a 6 km. de Figueras, cuya est. es la más próx., y a 41 de la c. Carr.

—Por defunción, la de m. t. de Mugaros (La Coruña),

partido judicial de Puente deume, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 6.947; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 190; instancias hasta el 19 de Diciembre.

Observaciones.—Hay otro titular.

Datos.—V. con Ay., a 11 km. de la c. de p. y a 68 de la c. La est. más próxima, a 6 km. Ríos Boado y Esteiro.

—Por renuncia, la de m. t. de Vilada, formando el partido, además del indicado, los pueblos Castell del Areny, La Nou y La Baells (Barcelona), partido judicial de Berga, con el haber anual de

(Continúa en la página siguiente.)

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

Exito en los Hospitales desde 1848. — y el Mal de Piedra. —

En todas las farmacias.— Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT.—LYON (Francia).

HIERRO QUEVENNE

Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS

¿Causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar Cloro-Anemias?

Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 16, rue des Beaux-Arts. París.

ANTISPASMINA COLICA

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, 78-Barcelona

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

Píldoras
Quaratinizadas
de
Belladona, Valeriana
y Papaverina

SARNA

— (ROÑA) —

Ayuntamiento de Madrid

cura rápida y cómoda con el **SULFURETO CABALLERO**
Destructor tan seguro del Sarcoptes Scabiei, que una sola fricción, sin baño previo lo hace desaparecer por completo, siendo aplicable en todas circunstancias y edades por su perfecta inocuidad.

J. CABALLERO ROIG

Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

uterina; en cambio, a pesar de las mejores condiciones, se puede presentar en el período del alumbramiento algún accidente que requiere por parte del médico un conocimiento detenidísimo de la fisiología y de la patología de este período para hacer la intervención adecuada.

Peligros tales como un desgarro del periné, que por estar tan a la vista preocupa a cuantos se hallan en la habitación de la parturienta durante el parto propiamente dicho, no existen en el alumbramiento; pero en cambio, peligros de hemorragia copiosísima y rápidamente fatal, de inversión uterina y de retención con una infección puerperal que se puede considerar como inevitable y siempre gravísima, esos existen en todos los casos.

Llámase alumbramiento a la expulsión, sea natural, sea artificial, de los anejos uterinos. Dichos anejos, formados por el cordón umbilical, la placenta y las membranas reciben en el lenguaje corriente el nombre de secundinas. En el caso de una expulsión espontánea se hace en tres tiempos, que son:

1.º El desprendimiento; consiste en que la placenta y las membranas pierden su unión al útero. 2.º Expulsión de los anejos del útero a la vagina. 3.º Expulsión al exterior.

Así como el parto se suele realizar todo él por virtud de las fuerzas naturales del útero, con el alumbramiento no sucede lo mismo, sino que lo corriente es la intervención del tocólogo en mayor o menor medida. Se suele decir que el alumbramiento es espontáneo cuando se hace por la fuerza de las contracciones del útero y los esfuerzos de la enferma exclusivamente.

Se llama alumbramiento natural al que se hace extrayendo exclusivamente por tracciones sobre el cordón o presiones sobre el útero, los anejos que se encuentran ya en la vagina o aunque se encuentren todavía en el útero están completamente desprendidos. Y se habla de alumbramiento artificial cuando es necesario introducir la mano en el útero, sea para desprender la placenta que se encuentra anormalmente adherida, sea para liberar algunos cotiledones que quedaban sujetos, sea para extraerla en los casos en que la

rúrgico, pero no ante un acto natural, que por sí mismo carece de peligro para la vida de la enferma. Bien es verdad que el peligro de las dosis tan ligeras es remotísimo y que el síncope primitivo, que es el que suele ser fatal, se produce casi exclusivamente en los enfermos muy pusilánimes, que ven con terror la anestesia. Claro está que a una enferma de este carácter no se intentaría anestesiarla. En segundo lugar, aunque dicha anestesia no suprima las contracciones uterinas, es frecuente que las haga menos energías y más espaciadas, de modo que el parto tarda bastante más tiempo en terminarse. En tercer lugar, y esto tiene mayor trascendencia, el cloroformo es más activo sobre la retracilidad del útero que sobre la contractilidad, de modo que si bien el parto y el alumbramiento se hacen de un modo aproximadamente normal, no ocurre lo mismo con la retracción uterina que debe sobrevenir después y, por tanto, existe un peligro grave de hemorragia.

Estos inconvenientes son reales, pero, en verdad, de poca importancia. Otras circunstancias resultan más verdaderamente importantes y, sobre todo, la necesidad de disponer de una persona que atienda exclusivamente a la anestesia de la enferma, pues si se pretende que ésta se administre, la anestesia, a sí misma, teniendo en la mano la mascarilla, y aplicándosela a la cara en el momento en que siente que se aproxima la contracción uterina, o no se consigue efecto alguno o se está expuesto a un accidente en las peores condiciones imaginables para asistirle si se presenta. Estos inconvenientes han hecho que se haya abandonado casi por completo la anestesia a la reina y que se haya trabajado por encontrar otro procedimiento de anestesia.

El éter se empleará, cuando se trate de una intervención, lo mismo que en cirugía, pero no es esta forma de la anestesia la que nos va a ocupar en este momento. Para obtener la analgesia de las contracciones uterinas se presta mal el éter, que requiere dosis más elevadas y mayor atención todavía para su empleo que el cloroformo.

El cloral y la morfina son aprovechables. El cloral se administra en enemas y puede calmar los dolores de la con-

tracción uterina, pero tiene una absorción más lenta y es de dosificación muy insegura por las formas de su administración y absorción. La morfina llega a suspender las contracciones uterinas y es absurdo pretender tener a una mujer bajo la acción de la morfina durante todo el tiempo de las contracciones dolorosas.

La cocaína en aplicaciones locales, sea sobre la mucosa de la vagina y del cuello del útero en el comienzo del parto, sea sobre la primera y en inyección intersticial en el músculo uterino más adelante, se encuentra en la actualidad completamente abandonada. Resulta ineficaz incluso cuando la dosis es suficiente para llegar a la intoxicación. Pero este medicamento tiene la importancia de haber sido el primero que desde 1900 se viene administrando en inyección intrarraquídea para suprimir el dolor de las contracciones uterinas. Para ello esperan a que la dilatación sea completa y entonces administran un centigramo de cocaína en inyección intrarraquídea.

Al cabo de un período variable, pero que suele ser menor de diez minutos, se ha producido una anestesia cutánea completa que se extiende desde los pies hasta el ombligo, o algo más arriba, y que acompañada de una analgesia uterina, por virtud de la cual no solamente no molestan a la enferma las contracciones uterinas, sino que ni se percibe de ellas, y dichas contracciones resultan muy frecuentes y enérgicas. El efecto de la cocaína, administrada de esta forma, dura hora y media, y entre sus ventajas se encuentran el de aumentar la contractilidad uterina y no tener acción nociva sobre el feto.

En la actualidad se ha substituído la cocaína en este uso obstétrico por los otros anestésicos que toleran mejor la esterilización y que tienen una zona manejable más amplia; por ejemplo, la novocaína, lo mismo que en la práctica quirúrgica; pero a pesar de ello la anestesia intrarraquídea no se ha generalizado. Se debe ello a los accidentes y las secuelas que tiene esta forma de administración de los anestésicos, por lo que podemos repetir lo que dijimos de la anestesia general: que si en intervenciones quirúrgicas impor-

tantes pueden hallarse justificados, no lo están en un acto como el parto. El empleo de algunos otros anestésicos generales, como el cloruro de etilo y el somnoformo, ha resultado completamente impropio porque no se puede conseguir con ellos un estado de semianestesia como el que se obtiene con el cloroformo y con el éter, y, por tanto, la administración de una dosis importante de dichos medicamentos a cada contracción uterina lleva consigo un fuerte peligro de intoxicación de la enferma, aparte de la probabilidad de que el exceso de anestésico paralice el útero.

En resumen, del estado actual de la anestesia para el acto del parto se puede decir lo siguiente: que se siguen haciendo ensayos muy interesantes para hacer la raquianestesia, que parece, por hoy, la llamada a resolver el problema, pero que de momento se prefiere la abstención y solamente en los casos en que resulta indispensable por tratarse de una enferma pusilánime que se queja con exceso de sus contracciones y que hace esfuerzos desordenados y a destiempo, amenazando agotarse sin haber conseguido el fin útil que se proponía, se apelará a la anestesia a la reina, no conviniendo ni siendo recomendable menudear esta anestesia por predisponer a las hemorragias uterinas.

Alumbramiento.—Con la expulsión del feto de los órganos genitales queda terminado el primer tiempo del parto y ya solamente resta la expulsión de los anejos fetales, tiempo que se conoce con el nombre de alumbramiento. Precisamente es un período en que el médico no debe perder de vista a la enferma. Es muy frecuente, sobre todo cuando se trata de una primípara, que la familia, entusiasmada por la terminación feliz del parto se ocupe del recién nacido y apenas haga caso de la madre por unos momentos. El médico no debe en caso alguno hacer lo mismo, porque si bien el reconocimiento frecuente de la madre durante el embarazo le da en la mayoría de los casos la convicción de que el parto se va a realizar sin dificultad alguna; por ejemplo, en las presentaciones de vértice con pelvis de tamaño normal, y en mujeres suficientemente bien nutridas y que no trabajan con exceso para que sea probable una inercia



CATARROS FOSFOTIOL : : TOSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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

2.200 pesetas. Población, 1.776; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 19 de Diciembre.

Observaciones.— Vilada tiene un casco de población de 841 habitantes.

Datos —L. con Ay., a 12 km. de la c. de p. y a 120 de la c. Carr. Río Margansol. La est. más próx., a 6 km.

—Doce plazas de médicos internos de guardia de la Beneficencia provincial de Madrid y seis de suplentes. — El Boletín Oficial del 11 anuncia estas plazas con 2.250 pesetas de sueldo las doce de propietario, y sin sueldo las seis de suplentes, en tanto no ocupen plaza de numerarios por vacante natural que ocurra; todas por el bienio que, forzosa y automáticamente, terminará el 31 de Diciembre de 1932, en las condiciones y con las obligaciones que determina el Reglamento vigente y acuerdos de la Corporación, entre licenciados en Medicina que hayan terminado la carrera en los dos últimos años académicos, es decir, desde 1.º de Octubre de 1928 al 30 de Septiembre de 1930.

De las doce plazas de numerarios y seis de supernumerarios que se convocan, serán ocho de las primeras y cuatro de las segundas para el Hospital provincial; dos de aquéllas y una de éstas, para el Hospital de San Juan de Dios, y dos y una, respectivamente, para la Casa de Maternidad, debiendo acreditar los aspirantes a las referidas plazas haber sido alumnos internos del Establecimiento a cuyas plazas aspiren, siendo condición indispensable para obtener plaza en San Juan de Dios y Casa de Maternidad, haberlo sido por espacio de dos años, como mínimo, en el respectivo Establecimiento.

Plazo, quince días. Presidente de la Diputación, D. Luis Sáinz de los Terreros.

—Médico tocólogo de Vivero. — El Boletín Oficial de Lugo del 10 anuncia esta plaza con 2.500 pesetas.

—Médico tocólogo de Almodóvar del Campo. — El Boletín Oficial de Ciudad Real del 10 anuncia esta plaza con 2.500 pesetas. Alcalde, D. Manuel Solís.

—Médico tocólogo de Ciudad Real. — Publicada en el Boletín Oficial del 10 con 3.000 pesetas. Edad límite, cuarenta y cinco años. Alcalde, D. B. Peñuela.

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

Se ofrece para substituir compañero en partido, sin ajeos o con uno solo. Escribid con condiciones a F. de Velasco en Baynbas de Abajo (Soria).

Practicantes y matronas.

Navas del Rey (Madrid). 450 pesetas. 3 de Diciembre.

—Limpías (Santander). Practicante y matrona. 600 pesetas. 12 de Diciembre.

—Villaescusa (Santander). Practicante y matrona. 600 pesetas. 12 de Diciembre.

—Valdeolea (Santander). Practicante y matrona. 600 pesetas. 12 de Diciembre.

—Ruiloba (Santander). Practicante y matrona. 450 pesetas. 12 de Diciembre.

—Val de San Vicente (Santander). Practicante y matrona. 750 pesetas. 14 de Diciembre.

Correspondencia

administrativa : :

(La correspondencia que venga acompañada con un sello de 0,25 pesetas será contestada directamente.)

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

- D. Manuel Marín García. — Pagado fin Diciembre 1930.
- D. Nicolás Medina Pérez. — Id. fin Junio 1931.
- D. Leopoldo Bravo. — Id. fin Diciembre 1930.
- D. Francisco Muguruza. — Id.
- D. Juan Bautista Olarte. — Id.
- D. Carlos Guitián. — Id.
- D. Pedro Mateo. — Id. fin Septiembre 1931.
- D. Joaquín Ibáñez. — Id. fin Diciembre 1930.
- D. Ginés de Paco y de Gea. — Id.
- D. Esteban Martín Díez. — Id.
- D. Alfonso Martín Sanz. — Id.
- D. Pedro García Moreno. — Id. fin Enero 1931.
- D. Atilano García Campos. — Id. fin Diciembre 1930.
- D. Luis Arranz González. — Id.
- D. Francisco Dionisio Oliver. — Id.
- D. Teodoro Porta Gárate. — Id.
- D. Antonio Porta Gárate. — Id.
- D. Jesús Viejo. — Id. fin Diciembre 1931.
- D. Felipe Crespo Gálvez. — Id.
- D. Francisco Porras. — Id. fin Diciembre 1930.
- D. César Morales. — Id. fin Enero 1931.
- D. Ernesto Plaza de las Heras. — Id. fin Julio 1931.
- D. José F. Pacheco y Varela. — Id. fin Agosto 1931.
- D. Víctor Mayoral García. — Id. fin Junio 1931.
- D. Felipe Miedes. — Id. fin Octubre 1931.
- D. Fernando S. Colchero. — Id. fin Abril 1931.
- D. Cipriano Galván y Galván. — Id.

(Se continuará.)

ALMORRANAS



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

Doctor:

Los **LABORATORIOS TURÓN,**
PRODUCTOS NEUROTÉRAPICOS,

tienen el gusto de presentarle tres productos de eficacia comprobada:

NEURONAL-TURÓN

Específico de los estados de emotividad exagerada, excitación psíquica, de depresión mental, neurosis de compulsión, ansiedad, histeria e **INSOMNIO ESENCIAL**

Dosis: De dos a cuatro cucharadas grandes distribuidas en las veinticuatro horas.

Completamente inocuo: tolerancia absoluta.

FENILCAL

(Sal cálcica del feniletilmalonilurea). Es el mejor antiepiléptico conocido. No entorpece el regular funcionamiento del intestino y facilita la diuresis.

Dosis: De una a tres tabletas al día.



FOSFORAL-TURÓN

(Excelente tónico nervioso). Estimulante del cerebro, agotamiento psíquico, estados neurasténicos, depresión nerviosa, debilidad consecutiva a las emociones y al trabajo mental excesivo, melancolía en sus diversas formas. Combate eficazmente la **FOSFATURIA**. Gusto agradabilísimo, tolerancia absoluta.

Dosis: Una cucharada de postre antes o después de las tres comidas.



Moncada, número 10, y Borra de Ferro, número 9.—**BARCELONA**
Ayuntamiento de Madrid

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal. — Garantía inmediata del pago a 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. — El profesor Fuchs, por el Dr. M. R. — Homenaje a un médico militar. — Academias, Sociedades y Conferencias. — Colegio Oficial de Médicos. — La iguala, de nuevo sobre el tapete, por Sedisal. — Colegio de Huérfanos. — Diuresis y albuminuria. — **Gaceta de la salud pública:** Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Tertulia médica. — Vacantes. Correspondencia. — Por las clínicas de Europa. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Mucho y poco; algo y nada.

Mucho pudiéramos decir que ocurre si en cuenta se tuvieran, para estimarlas, las hablillas, inquietudes, especies exageradas e indecisas afirmaciones de hechos que aseguran que existen las personas mismas que con autoridad los desmienten; pero es lo cierto que, entrando en lo concreto de las afirmaciones y en la referencia de los hechos ciertos, *nada* de extraordinario pasa que no suceda en cualquiera otro país dentro de la sensibilidad estimulada en que al mundo entero tienen las referencias, indagaciones e inquisiciones del vivir moderno.

No ocupámonos sino en aquello que real y positivamente interesa y atañe a la profesión y la ciencia a quienes servimos, diremos que en la última semana ha ocurrido una crisis ministerial que ha dado lugar a la salida del general Marzo que desempeñaba desde hace diez meses la cartera de Gobernación, pasando el Sr. Matos, ministro anterior de Fomento, a desempeñarla. Como es natural (aunque no debiera serlo), esto solo ha dado lugar a combinaciones, cábalas y pronósticos entre los médicos que no teniendo mejor cosa en que ocuparse en sus laboratorios, consultas y clientela, tienen siempre fijos los ojos como en otra estrella polar, en esa Dirección de Sanidad, dependiente del Ministerio de la Gobernación, y en la cual siempre están viendo fantásticas combinaciones y organizaciones más o menos acomodadas al deseo del que las formula. No cremos que nada pase por ahora, ni estaría justificado por el actual cambio que algo transcendental ocurriera.

Juntamente con esto, la parte más vigorosa y activa del periodismo y la política (que ya van siendo una misma cosa) parece que no se dan por satisfechas con los cambios ocurridos y con la sola vacante producida, y cierra la primera con desacostumbrada violencia contra algún otro ministro que, por regir la pública enseñanza, es también para nosotros interesante. Siempre hemos odiado la política de las personalidades: bastante tienen las doctri-

nas, las escuelas, los partidos y aun las tendencias para presentarse como blancos de las iras unos de otros, sin necesidad de localizar en un sujeto solo, por pecador que aparezca, iras, violencias y dictorios que por su exageración y enfocamiento resultan, como es natural, contraproducentes.

Dejando, pues, el *sujeto*, según siempre procuramos hacer, y no abandonando por esto el *objeto*, o por lo menos el motivo o pretexto de la campaña en estos días exacerbada en los asuntos de enseñanza médica, citaremos, para reflexionar sobre ello, dos actos de indiscutible importancia: el primero, efectuado en el templo y capilla mayor del sacerdocio magistral médico, o sea en el gran anfiteatro de la Facultad de Medicina, y el segundo, también con carácter extraoficial, aunque en él tomasen parte catedráticos y ex ministros que, sin duda, se consideraron como no pecadores para predicar contrición, arrepentimiento y demandar enmienda.

El primer acto a que hacemos referencia consistió en tres comunicaciones orales de tres eximios profesores, no catedráticos, muy distinguidos entre la flor de la juventud actuante, pero que a nuestro juicio pecaron, no ciertamente de malos propósitos, pero sí de rígida, clara e inteligible exposición de lo que todos quisiéramos saber. Esto es de lo que con conocimiento de causa, buena y tranquilamente, con laboriosidad y serio empeño de progreso, puede proponerse para mejorar la enseñanza de la Medicina. No creemos que se ofendan nuestros tres simpáticos amigos los señores Del Río Ortega, Sanchiz Banús y Marañón, si les decimos que se dejaron dominar por el espíritu de *meeting*, cuando lo que de ellos se esperaba era que nos propusieran algo *gacetable*, esto es, cristalizable y permanente. Esto era en ellos de esperar, pues lo de elocuentes y bien intencionados nos lo tienen de sobra demostrado. No estamos ya en tiempos de fórmulas vagas, aspiraciones vaporosas y frases de oráculo; hoy por hoy en estos asuntos no hay más que proposiciones completas o callarse y esperar.

No pecó ciertamente de estas ambigüedades el discurso que vemos reproducido y pronunciado en

la Asamblea de estudiantes por el Sr. Suñer, catedrático de número de la Facultad de Medicina y que con la importancia que le dan este carácter y sus antecedentes de laboriosa inteligencia dijo con valentía:

«La primera afirmación que tengo que hacer es la de que estoy aquí por un deber de ciudadanía. Hemos llegado a unos momentos en los que no es posible permanecer indiferentes. Son muchas las cosas que nos llevan al palenque; pero sobre todas ellas, el amor a España.

Existe, indiscutiblemente, una gran indisciplina en el seno de la Universidad. Y es que el alma juvenil está succionada y sirve, sin darse cuenta, de instrumento a una labor anárquica y revolucionaria.

La Universidad está dominada por un verdadero sovietismo.

En la forma actual no podemos continuar. Somos varios los profesores que, al margen siempre de estas cuestiones, vemos que la permanencia en la cátedra se va haciendo incompatible con la dignidad.

Es indudable que la Universidad se halla en decadencia, y que esta decadencia es debida a olvido de nuestra tradición universitaria. Y es de observar que los mayores desaciertos corresponden a ministros que han sido catedráticos. Ahí tenéis al Sr. Tormo. (Aplausos.)»

Aquí pudiéramos decir la famosa frase del Salvador en el Pretorio: «Tu dixiste»; pero nos limitamos a recordar lo que hace varios años nos produjo los injustos desagradados del decano de la Facultad de Medicina, cuando ostentando ese cargo fustigaba a sus compañeros y subordinados. No es este momento de retocar culpas, sino de procurar remedios en pro de lo que a todos debe interesarnos más que las personalidades y los partidismos.

Son estos asuntos para tratarlos muy despacio, y lo haremos en cuanto el calor de la lucha no pueda hacer presumir que nuestra modesta opinión ayuda a *ningún señor* en la acción de *resultar o no resultar ministro*.

También hablaríamos algo a nuestro buen amigo el Sr. Silió, quien elocuente, como de ordinario, intervino en las actuales contiendas, sin duda no creyendo que su poco meditada actuación ministerial por la famosa «autonomía universitaria» aplicada a una Universidad sin elemento de autonomía y con aspiración instintiva y constante de subordinación y aun de sumisión burocrática, no ha dejado de tener influencia en lo que hoy estamos presenciando.

DECIO CARLAN

EL PROFESOR FUCHS

La Prensa diaria nos trae la dolorosa nueva de la muerte del eminente profesor.

La ciencia médica, la especialidad oftalmológica a la que dedicó su vida—y que tanto le debe—pierde con él una de sus más potentes columnas. Quizás desde la des-

aparición del gran von Graf, la personalidad más recia de la Oftalmología alemana ha sido la del sabio profesor cuya muerte hoy lamentamos.

Sus trabajos de Anatomía patológica, su monumental libro sobre las enfermedades de los ojos—del que las ediciones se agotan con rapidez y traducido a varios idiomas—son muestras de la labor gigante por él desarrollada.

Gran amigo de España, cuyo idioma hablaba correctamente, en nuestra patria sus amigos son legión—todos los que le conocieron—, y entre nosotros fué acogido en sus repetidas visitas con el respeto y admiración al que el gran maestro del saber, su caballerosidad, romanticismo y personal simpatía se hizo acreedor.

Jubilado hace años, su alejamiento de la cátedra de Oftalmología de la Universidad de Viena no quiso aprovecharle para gozar el merecido descanso a su vida de enorme actividad. Su amor al trabajo y a la especialidad le hicieron continuar su apostolado de enseñanza por el mundo entero, aceptando las invitaciones que muchos países le hicieron para escuchar al gran maestro.

Los que nos honramos con su amistad y enseñanzas sabemos bien lo que para la humanidad significa la pérdida del sabio modelo de hombre y de caballero.

DR. M. R.

Homenaje a un médico militar.

Dos casos de acertada intervención quirúrgica realizados por el comandante médico D. Mario Romero Plá, cirujano del Hospital Militar de Urgencia, y seguidos de completa curación, uno de estallido de vejiga urinaria y otro de fractura de bóveda y base de cráneo, ambos ocasionados por traumatismo, que sufrieron un ordenanza y un profesor de la Academia de Intendencia, han motivado que el director y todo el personal de la mencionada Academia manifestaran su gratitud al Sr. Romero Plá, invitándole el domingo 16 del actual a visitar los más notables monumentos arqueológicos de Avila y la Academia, y obsequiándole con una espléndida e íntima comida en el comedor del internado.

Contestando a las frases elocuentes y afectuosas del señor director, coronel Menéndez, el Sr. Romero Plá manifestó que no aceptaba como mérito personal este inmerecido homenaje, y que sólo lo aceptaba como fruto de las buenas relaciones existentes entre los Cuerpos de Intendencia y Sanidad Militar, y que lo ofrecía al Cuerpo a que pertenece.

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 22 de Noviembre de 1930.

TOXIFRENIAS SATURNINAS

Dr. A. Vallejo Nágera: Tiene por objeto la comunicación presentar tres casos de síndromes psíquicos determinados por el plomo, agente etiológico que ha pasado inadvertido a varios de los médicos que estudiaron los casos.

Un obrero pintor, de cuarenta años de edad, hace dieciséis que padece de una afección gástrica, cara terizada por crisis dolorosas abdominales, habiéndose puesto en tratamiento sin resultado con unos sesenta médicos. Durante tres

TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escorfula, Raquitismo

SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza
las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición
y el estado general.

L. PAUTAUBERGE

10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Deposítarios para España:

Giménez Salinas y C.^a Sagués, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

GONOCOLL

Cápsulas balsámicas de
tolerancia perfecta contra la

BLÉNORRAGIA

PROSTATITIS

CISTITIS

y en general con-
tra todas las
afecciones de
las vías uri-
narias.

Gripe.

Anemia.

Paludismo.

Tratamiento preventivo
y curativo por la asociación
Metilarsino-quinínica.

COMPRIMIDOS DE

PALUDARSYNE

Muestras: Omnium Farmacéutico español. Apartado 4.042 Madrid.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

Con estos gránulos se han hecho las obras discutidas en la Academia de Medicina, París 1889.
Proban que 2 ó 4 producen pronta diuresis, reaniman el corazón debilitado, disipan

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0001

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

Efecto inmediato. — Uso continuo sin inconveniente ni intolerancia. — Exigir la firma CATILLON.

Premio de la Academia de Medicina de París, por "Strophantus y Strophantine"

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

AROSA

Suiza, lugar indicado para cura de aire, situado en lo alto de los Alpes a 1.800 metros sobre el nivel del mar.

ABIERTO TODO EL AÑO

Todas las formas de la tuberculosis, bronquitis, asma, neurastenia, etc.

Prospectos ilustrados, gratis, dan la Administración del Bañeario y las siguientes Casas:

1.ª categoría:

SANATORIOS:

Altein médico jefe, Dr. O. Amrein; médico de casa, Dr. H. Weber; dirección, C. Meier; 120 camas; precio de pensión, desde 31 pesetas.—A.

Waldsanatorium médico jefe, Dr. W. Römisch; dirección, K. Richter; 100 camas; precio de pensión, desde 31 pesetas.—A.

1b. categoría:

Parksanatorium médico jefe, Dr. W. Gähwyler; dirección, E. Hoffmann; 100 camas; precio de pensión, desde 22 pesetas.

Villa Dr. Herwig médico jefe, Dr. H. Heinz; propietario familia Herwig; 40 camas; precio de pensión, desde 22 pesetas.

Furka médico jefe, Dr. O. Amrein, propietario F. Maron; 30 camas; precio de pensión, desde 22 pesetas.

2.ª categoría:

Sanatorium Grand Hotel médico jefe, Dr. H. Heinz; propietario, K. L. Jacobi; 90 camas; precio de pensión, desde 19,50 pesetas.

Florentinum médico jefe, Dr. R. Blöchliger; propietario, Schwester von Ingenbohl; 60 camas; precio de pensión, desde 20,50 pesetas.—(Sin tratamiento de médico).—A.

SANATORIOS PARA NIÑOS (con excepción de tuberculosis pulmonar):

Prasura Jugendkurhaus und Kinderklinik Dr. F. Lichtenhahn; 50 camas; precio de pensión, desde 13 fr.

Kindersanatorium Dr. P. Pedolin; 25 camas; precio de pensión, desde 17 pesetas.

A. = Habitaciones con baño. Los precios se entienden incluso tratamiento de médico.



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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

Preparado esta especialidad farmacéutica por el Médico y Químico Farmacéutico Francisco Mandri en su Laboratorio, Pradoluña, 223



Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor LAFAY

“ASCENDIENTE” Y “DESCENDIENTE”

Permite la exploración y el estudio sobre el vivo, sin dolor y sin que haya ningún incidente fastidioso, en las cavidades más nobles del organismo ni en los territorios que hasta ahora han permanecido cerrados a las miradas de los investigadores.

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL LAFAY

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

o cuatro años estuvo sometido a tratamiento antisifilítico, no obstante haber resultado negativas las reacciones específicas en sangre y líquido cefalorraquídeo. En otra ocasión se le propuso una intervención quirúrgica por úlcera gastroduodenal. Una endoarteritis produce gangrena que indica la amputación de ambos muslos por el tercio medio. Ante la posibilidad de que se trate de una taipes es llamado el disertante a consulta. La exploración neurológica no descubre otra cosa que exaltación de los reflejos abdominales. El ribete de Burton es bien manifiesto, y la mejoría al cambiar de casa y de oficio permiten hacer el diagnóstico clínico del caso. Los síntomas neuróticos son los de una neurosis de ansiedad que cede al aliviarse las crisis saturninas abdominales.

Un joven, de veintidós años de edad, se presenta en la consulta del comunicante, afecto de graves síntomas de ansiedad. En días sucesivos se presentan ilusiones y alucinaciones, agitación y obnubilación del sensorio. Coexisten síntomas de «abdomen agudo» que unidos a otros justifican el diagnóstico de pericolecistitis formulado por el médico de cabecera. El enfermo se cura después de unos días de internamiento en un sanatorio. Dos meses después se repite el episodio con manifestaciones semejantes, pero el cuadro sintomático es de tan aparente gravedad que se piensa en una intervención quirúrgica; la fórmula leucocitaria normal devuelve la tranquilidad al médico de cabecera y los síntomas desaparecen en menos de una semana. El joven había padecido anteriormente otro episodio de agitación, diagnosticado por otros colegas de esquizofrénico.

El comunicante piensa en una reacción exógena tóxi-infecciosa, y, con el propósito de llegar al diagnóstico causal, le envía a un gastropatólogo. La normalidad del aparato digestivo y de la función hepática desechan los diagnósticos somáticos formulados anteriormente. El examen de la sangre revela una alteración hemática leve de tipo tóxico; no hay basófilos. Por existir reborde azulado de las encías se piensa en un saturnismo. El muchacho trabaja de dibujante en condiciones para aspirar el polvo de plomo procedente de la sala de máquinas de un gran rotativo. Separado de este medio no han vuelto a presentarse nuevos trastornos desde hace un año.

Un soldado, pintor de coches, ingresa en la Clínica Psiquiátrica Militar con diagnóstico de melancolía. Había sido observado por varios médicos que apreciaron obnubilación del sensorio e inhibición psicomotriz. Al ingresar en el servicio psiquiátrico del disertante habían desaparecido la totalidad de los síntomas. El ribete de Burton claramente apreciable, la disminución de los reflejos tendinosos y afirmar el individuo que pintaba coches sin tomar las precauciones que sabía que debía tomar, permitieron el diagnóstico retrospectivo del síndrome.

Enseñan los casos expuestos la variedad de cuadros clínicos psíquicos que puede provocar el plomo y cómo clínicos de mucha experiencia pueden no advertir la causa de la enfermedad. Precisa tener en cuenta el incremento de las enfermedades profesionales y que las fuentes de intoxicación saturnina aumentan con el progreso de la industria. Acaso muchas falsas neurastenias son de origen saturnino.

Dr. Planelles: Llamemos la atención sobre la observación de varios casos de saturnismo ignorado, en los que realizada la investigación química del plomo en sangre comprobamos su existencia, hasta en concentración de 0,00001 gramo.

El plomo toma parte, con grandísima frecuencia, en la etiología de muchos procesos. De interés consignar la frecuencia de procesos meníngeos infantiles en el Japón, que,

tomando carácter de verdadera epidemia, motivó investigaciones químicas hemáticas, y la presencia del plomo en la sangre de estos enfermitos; se llegó a conocimiento de que tales procesos meníngeos eran debidos al plomo contenido accidentalmente en productos alimenticios.

No son raros tampoco los casos de saturnismo por las aguas, el papel de las habitaciones. La frecuencia de los mismos es mayor de lo que generalmente se admite.

En cuanto al mecanismo de producción de los fenómenos agudos del saturnismo, fundados en investigaciones químicas hemáticas sobre la cuestión, hemos llegado al siguiente hecho: La fase anabólica de la intoxicación saturnina va acompañada de alcalinidad sanguínea; el plomo es un isotopo del calcio, capaces de substituir entre sí cuando la reacción del medio se altera. En dicha fase anabólica del plomo, éste se puede almacenar en cantidades variables y exageradas, en virtud de la reacción citada, viniendo a substituir al calcio en todas las regiones y focos donde normal o anormalmente se deposita este último. Por tal mecanismo el plomo en sangre puede elevarse hasta un gramo, sin que por ello se produzcan fenómenos más o menos agudos de saturnismo.

Una vez almacenado el plomo, bien en lesiones calcificadas de pulmón, huesos o lesiones de cualquier proceso, si la reacción de la sangre se modifica en el sentido acidótico, se liberarán grandes cantidades de plomo, y con ello se llegará al saturnismo. Saturnismo más o menos agudo que puede aparecer muchos años después de haber estado sometido el enfermo a la acción del plomo y haber dejado de manejarle. Sucede, en general, que con ocasión de una infección, al modificarse la relación ácidobase de la sangre en el sentido de acidosis, aparece el saturnismo.

En un caso, recientemente, hemos realizado el siguiente estudio: Después de haber comprobado la presencia del plomo en sangre, aconsejamos alimentación acidificante e inyecciones de cloruro de calcio por vía intravenosa: a medida que se consigue modificar el pH de la sangre, el estado del enfermo se agrava y podemos asistir a una verdadera crisis aguda de saturnismo.

Mucha importancia tiene para explicar cierto número de procesos de etiología obscura y en especial procesos intestinales, sobre todo infantiles, complicados con manifestaciones encefalíticas, la conducción de las aguas de bebida por las canalizaciones de plomo, en especial las aguas blandas, como la usada en Madrid.

ALGUNAS OBSERVACIONES INTERESANTES SOBRE LA RELACIÓN ENTRE LAS CÉLULAS CILIADAS Y LAS TERMINACIONES NERVIOSAS DEL LABERINTO

Dr. J. F. Tello: Problema de grandísima importancia, objeto de grandes debates en neurología; no sólo comprende a la anatomía del oído, sino el total sistema nervioso.

Es Retzius el que comienza el estudio del sistema nervioso con el método de la disociación. Es un progreso la aparición del método de Golgi, aplicado por Cajal a estos estudios en 1888, si bien en 1891 Keiser publica sus primeros trabajos sobre las terminaciones nerviosas del oído, sin confirmar la aportación de Retzius. Al año siguiente, el mismo Retzius publica su trabajo empleando el método de Golgi y confirma las afirmaciones de Cajal y Keiser: que las neuronas no se continúan con las células ciliadas; que las prolongaciones de aquéllas forman a éstas rodeándolas a modo de cáliz, en cuyo interior se aloja la célula ciliada. Son los trabajos sobre la teoría neuronal de Cajal.

A fines del siglo XIX, el método neurofibrilar, en especial el de Cajal, al nitrato de plata reducido, y el de Bielcowsky,

e igualmente sus innumerables variantes, han permitido las grandes conquistas de la neurología, pero se complica la comprensión de la anatomía del sistema nervioso, empezando nuevamente a resaltar la teoría de la continuidad de las redes nerviosas y especialmente en las células ciliadas del oído.

En este siglo uno de los primeros trabajos se debe a Cajal, 1904; siguen los trabajos de Kolmer sobre el oído de la rana, en los que disiente de los trabajos de Cajal, en especial sobre la interpretación con que aparece la teoría de incrustación de Retzius, en la actualidad todavía en discusión.

Haciendo referencia al problema de la relación entre las células ciliadas y las terminaciones nerviosas del laberinto, las ideas de Kolmer han sido ampliadas por el mismo autor, y, recientemente, en un gran tratado de histología vuelve a insistir sobre su hipótesis de la terminación intraepitelial de las fibras nerviosas del laberinto.

En 1908 Cajal trata de explicar los trabajos de Kolmer; admite la existencia de un verdadero retículo de las propias células ciliadas en ciertos momentos tingible con los reactivos.

En estas circunstancias, F. Castro, trabajando con modificación del método de Cajal, al mismo tiempo que ve las cestas celulares también señala la existencia, dentro de las células, de verdadero retículo.

Hace unos años, trabajando nosotros sobre el desarrollo del sistema nervioso del ratón y del pollo en las preparaciones reunidas, en bastante número de ellas, a primera vista, parece existir alrededor de las células ciliadas verdaderos cálices formados por las terminaciones nerviosas, a igual que afirmaba Cajal, pero sin la menor relación con las terminaciones nerviosas ni el retículo celular. Parece, pues, lo aportado por Kolmer ser cierto, si bien no le dió interpretación acertada.

PIELOGRAFÍA INTRAVENOSA

Dr. P. Cluente: Trato solamente de hacer una exposición sucinta del procedimiento y resultados obtenidos.

Hasta ahora la pielografía para radiografía era ascendente y tenía el inconveniente de dar, a veces, imágenes falsas, en especial de acodaduras ureterales y de dilatación de pelvis renal, aun empleando el método de pielografía ascendente de Chevassu.

A principio de este año se inicia el método de pielografía descendente; la obtención de radiografías del aparato urinario después de la inyección intravenosa de determinada sustancia: el uroselectán. Este, al ser eliminado por el riñón, da suficiente contraste para impresionar la placa radiográfica, todo sin necesidad de exploración endoscópica.

El uroselectán es un compuesto orgánico de yodo; elimínase el 90 por 100 por el riñón y el resto por hígado.

En la actualidad disponemos de otro producto semejante: el abrodil, con el 50 por 100 de yodo orgánico.

Ambos productos se toleran perfectamente por el organismo, a la dosis intravenosa aconsejada, para obtener radiografías de aparato urinario, a excepción de una sensación de calor a la cara, sed intensa, excitación nerviosa pasajera, que aparecen de inmediato a la inyección intravenosa del producto. Hay autores que hablan de una poliuria consecutiva a la inyección de uroselectán o de abrodil; no olvidemos la posible poliuria emotiva.

Consecutivamente a la inyección intravenosa de esta sustancia, la densidad de orina aumenta, y puede llegar a 1.050, lo que acaso pueda servir como prueba de valor funcional, e igualmente la eliminación de la cantidad de yodo

por la orina, previa fijación de la curva de su eliminación.

Para la interpretación de las radiografías obtenidas después del empleo de estas sustancias, y en momento oportuno, creemos de grandísima utilidad tener muy en cuenta la siguiente ley: La intensidad de la sombra radiográfica producida por estas sustancias está en razón directa de la buena eliminación renal e inversa de la permeabilidad de los conductos excretores urinarios.

Son diversas las opiniones sobre el momento a hacer las radiografías. En los datos aportados por los propugnadores del método se aconsejaba fueran tres radiografías: a los quince, a los cuarenta y cinco y a los setenta y cinco minutos de la inyección intravenosa de uroselectán. Convencidos que tanto el uroselectán como el abrodil se eliminan en los primeros minutos de la inyección, sobre todo cuando hay buena eliminación renal, realizamos una radiografía a los ocho o diez minutos de la inyección. Es cierto que no se puede fijar regla fija para ésta; este detalle: el tiempo estará supeeditado al estado de función renal. Se comprende, por tanto, la necesidad de realizar precedentemente a la exploración de pielografía intravenosa el estudio de la función renal, una de las pruebas de eliminación renal, bien la de Volhard o de fenolsulfonftaleína. Así, cuando hay buena eliminación renal, la radiografía se obtendrá a los ocho o diez minutos de la inyección; cuando es mediana, se hará entre los veinte y los treinta minutos; si es mala, más tarde, una vez pasados los cuarenta minutos, si bien reduciendo a la mitad la dosis de uroselectán inyectado, sin olvidar que está contraindicada la pielografía intravenosa cuando existe mala eliminación renal. De todas maneras, la exploración urinaria es completa cuando se realizan las tres radiografías, en los momentos ya citados; exploración sólo posible en enfermos con buenas condiciones económicas.

Por lo dicho, creemos que esta exploración es una pielonefrocistoureterografía. — *M. Aceña.*

COLEGIO ALEMÁN DE MADRID

CONFERENCIA DEL DOCTOR MARAÑÓN

El Dr. Gregorio Marañón dió el antepasado miércoles 19 una conferencia acerca del sugestivo tema «El problema fisiológico del hambre»

El Dr. Marañón divide la historia de la forma de comer en tres períodos distintos a través de los tiempos: Un primer período que lo denomina instintivo, o sea aquel en el cual el hombre se comporta como animal irracional, saciando su hambre con aquellos alimentos que encuentra en su camino, sin que le preocupe la condimentación, y escogiéndolos de un modo instintivo. Entra después en un segundo período, «el sensorial», en el cual comienza el hombre a saciar su apetito, dando a la vez una satisfacción a sus sentidos; rechaza el alimento algunas veces sano y bueno, para aceptar otros malos, pero capaces de producirle fruición. Por último, el hombre entra ya en el tercer período, «el científico»; ya se desechan alimentos sabrosos para aceptar aquellos que estén en perfecto acuerdo con el metabolismo del individuo.

El Dr. Marañón compara el afán de comer al instinto sexual en cuanto a las fases por que ha transcurrido a través de la historia, pues en la primera se presenta el instinto sexual como una necesidad y la fase «instintiva» transcurre por otra segunda en la que constituye un placer; es la época sensorial del placer sexual; y entra, por último, en la fase científica o fase eugenésica.

Pasa algo también en el individuo que a través de su

vida pasa por las mismas fases por las que pasó el hombre a través de la historia; éstas son por lo que respecta a la infancia: el niño se alimenta de una forma puramente instintiva, como el hombre primitivo; llega después desde la adolescencia hasta la madurez a la forma sensorial como por delectación, y, por último, desde esta época en adelante el hombre ya maduro come casi de un modo científico; atiende a su alimentación, no ya como placer, sino como una necesidad fisiológica.

¿Qué alimentación es la más conveniente para el hombre? El Dr. Marañón señala los inconvenientes y ventajas que tiene el comer en los tres aspectos señalados, pues mientras el comer, por instinto, tiene fundamentales perjuicios, el comer como placer arrolla todas las teorías higienistas, pues nunca el deleite está en relación, como no sea recíproca, con la higiene.

Habla que en contra de este concepto, higiene contra deleite, está el que la civilización de un pueblo siempre esté en relación con la bondad y exquisitez de su cocina, pero no es menos cierto que esos mismos pueblos laboran por la destrucción de sus organismos.

Debe comerse, dice el Dr. Marañón, considerando la alimentación como una necesidad fisiológica, no como un placer, y, por lo tanto, debe comerse científicamente.

¿Pero hasta qué punto es posible comer científicamente? ¿Es posible marcar una ración alimenticia científica tipo? ¿Qué normas son necesarias para marcar la ración alimenticia?

En el momento actual son múltiples los factores que pueden darnos un valor aproximado de la ración alimenticia. Habla el Dr. Marañón aquí de la importancia de la función tiroidea, pancreática y, en general, de todas las glándulas de secreción interna, sobre el hambre y el metabolismo.

Analiza, pues, los múltiples factores que son necesarios, y la imposibilidad de hacerlo en todos los individuos, de establecer la ración alimenticia, y termina aconsejando que debe comerse instintivamente, buscando a la vez el placer, y ambos guiados por una profunda reflexión en la manera de comer.

Al terminar es objeto de una prolongada ovación por el selecto público que casi llenaba el amplísimo salón de actos del Colegio Alemán.—*Dr. Lapoulide.*

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS

Señor presidente de la Junta administrativa de la Casa del Pueblo.

Madrid.

Muy señor mío: Nuestra profesión es de tal naturaleza que no puede parangonarse con otra alguna. De aquí que, sean cualesquiera las circunstancias por que pase la sociedad, los servicios médicos no pueden interrumpirse.

La palabra huelga aplicada a la asistencia médica sería expresión de una inhumanidad inconcebible.

Es cierto que con motivo de la pasada huelga general, los carruajes de los médicos rodaron protegidos, hasta cierto punto, por respeto al distintivo que usaron para hacerse visibles; pero no es menos cierto que la mayor parte de los médicos, desgraciadamente, carecen de vehículos propios y han de valerse en sus desplazamientos de los medios públicos de transporte urbano. Cuando éstos se interrumpen no hay posibilidad material de ha-

cer a pie los muchos kilómetros de recorrido que a veces exige la asistencia a los enfermos y heridos.

En su virtud, este Colegio espera que, si ocurre otra vez una paralización total de los servicios públicos de transporte, se le comunique por esa Casa del Pueblo con la debida antelación, para que por los médicos interesados se pueda hacer la solicitud conveniente de medios de transporte, haciéndose, por tanto, esta excepción en el paro, bien entendido que nosotros no pedimos una situación de privilegio, y que la indicada excepción (que no hay que decir será siempre remunerada en la forma usual) se concediera exclusivamente para el servicio médico en cuanto a tal.

Como ciudadanos aceptamos las molestias que nos correspondan en las proporciones que los demás.

Igualmente, si se atiende a las clínicas y hospitales en lo que hace referencia a algunos artículos de primera necesidad, es preciso pensar que estas clínicas y hospitales no pueden funcionar sin la correspondiente asistencia médica, y que, por tanto, a los encargados de éstos se les debe incluir en la misma sección.

Es suyo afectísimo s. s. q. e. s. m., *Adolfo Hinojar*, presidente.

Madrid, 18 de Noviembre de 1930.

La iguala, de nuevo sobre el tapete.

La Real orden con fecha 8 del actual aparecida en la *Gaceta*, y en *EL SIGLO MÉDICO* con toda presteza dada a conocer, plantea a la clase médica rural el arduo problema de la iguala con que forzosamente de tiempo inmemorial viene precisado a enfrentarse desde el primer momento el que haya de ejercer la profesión en el ambiente pueblerino.

El legislador, con muy buen acuerdo y persuadido de la necesidad y justicia de introducir en él las razonables modificaciones que el espíritu de los tiempos y sus crecientes necesidades exigen, y acuciado a no dudar por el deseo de acometerle y resolverle apoyado en la mayor suma posible de datos y competentes aportaciones..., ha tenido a bien disponer que una Comisión constituida por el presidente del Consejo general de Colegios Médicos, como presidente; el de la Asociación de Médicos titulares Inspectores municipales de Sanidad, como vicepresidente; los señores que en representación de las distintas regiones a título de vocales la repetida disposición cita, y don Amador Pereira, de Madrid, como secretario, proceda al estudio de la iguala médica y eleve al Ministerio un proyecto de posible reglamentación de la misma.

Está bien, y vuelta a empezar diremos nosotros, porque sabidas de todos son las múltiples ocasiones y las infinitas tentativas infructuosas en que asunto de tanta monta se esbozó y trató, y los diversos trabajos que, ya terminados, intentaron ponerse a la orden del día, sin que acerca de ellos llegara a cristalizar el acuerdo con tanto ahinco rebuscado en la obra de tal magnitud y trascendencia.

El bello ideal, en éste como en todos los aspectos en que el ejercicio profesional puede subdividirse, sería... el de la absoluta libertad y la fijación discreta de honorarios que, habida en cuenta la importancia del caso y la reconocida posición del paciente, el concienzudo profesor tuviera a bien imponer; pero como por la incultura general de las gentes del agro, el apego a los materiales intereses, la resistencia pasiva que habrían de ofrecer a sacri-

ficarlos, el perjuicio evidente que a la salud individual siempre, y a la colectividad en determinados casos, había de ocasionarse, así como a la tranquilidad del médico, a quien no escasearían las contrariedades y disgustos que las deficientes o nulas asistencias le acarrearán, como mal menor hemos aceptado y venimos transigiendo con la malaventurada y leonina iguala, que de perlas nos parecería hubiera llegado de verdad el momento de asistir a su transformación con las condicionales a cada localidad en particular aplicables.

Suponemos que los llamados a informar en asunto tan abstruso no incurrirán en la candidez de pretender abarcarlo desde el punto de vista de una generalización que a poco que se premedite moral, material y económicamente resultaría imposible. La pretensión de equiparar a las infinitas localidades desperdigadas por los ámbitos de la nación, cuya topografía, diseminación de habitantes, accidentaciones del terreno, riqueza, medios de vida, productos, usos, costumbres, modalidades de locomoción, rendimiento de trabajo, etc., etc., ofrecen tan acentuada disparidad, conducirían inevitablemente a una lamentable confusión, en la que desde luego se puede prejuzgar que la ineficacia sería su consecuencia.

Para salir del atolladero no queda, a nuestro juicio, otra solución (en tanto el pase al Estado se convierta en realidad) que la de que el Gobierno imponga obligatoriamente a los Municipios, funcionarios públicos que en éstos actúen, sacerdotes, farmacéuticos, maestros y secretarios, y una representación proporcional de las clases sociales, en que, según su distinta condición agrícola, ganadera, industrial, se subdivida, para que, de acuerdo con el médico, estudien, prejuzguen y acondicionen las necesidades materiales de la localidad, el esfuerzo y rendimiento de trabajo que la asistencia al pueblo y a su jurisdicción supone, la equitativa y justa remuneración que ésta debe tener, condicionales que deben estipularse en los contratos y, por último, obligatoriedad de que el reparto y cobranza corra a cargo del Municipio, dejando de este modo a salvo al médico de los rozamientos y malquerencias que a veces suscitan los malos pagadores.

Únicamente la intervención directa de las personalidades conocedoras de una localidad y sus habitantes, podrá fácilmente establecer entre sí el contacto para llegar a una conclusión a todos plausible y justa y acometer y dar cima en breve plazo a la anómala situación en que vivimos.

La dificultad de movilizar a compás a comisión tan numerosa y distanciada como la electa; el establecer entre ella el contacto persistente que el cambio de impresiones exige; las dispares modalidades entre las distintas regiones existentes, y más que nada la perturbación y el abandono en que los comisionados, al entrar en funciones, dejarían sus respectivos pueblos, perspectivas son que difícilmente dejan entrever la posibilidad de inmediatas favorables soluciones.

SEDISAL

COLEGIO DE HUERFANOS

El señor tesorero del Colegio de Huérfanos ha recibido los siguientes donativos:

Doña Soledad Vega (Salamanca), 35 pesetas.

Dr. Pizarro (Nuñomoral, Cáceres), 30 pesetas y dos taloncillos.

Donativo del partido judicial de Teruel. Médicos del mismo, 325 pesetas.

Dr. Santamaria (Ojos Negros, Teruel), 13 pesetas.

Dr. González Campo (Madrid), 50 pesetas.

Hemos recibido un vale de certificación a nombre de D. Javier Cortezo, con destino al Colegio, y 25 pesetas en el del Dr. V. Peset.

Los ilustres oftalmólogos Dr. D. Manuel Márquez y doctora Arroyo de Márquez han entregado un donativo de 500 pesetas para los huerfanitos como felicitación al abuelo.

Dios se lo pague al generoso y bien querido matrimonio.

La Comisión permanente directiva sigue reuniéndose semanalmente, y terminados sus trabajos de admisión y exclusión se reunirá el Patronato convocado por ella para la sanción de sus actuaciones y examen de sus proyectos.

DIURESIS Y ALBUMINURIA

A pesar de los numerosos trabajos que se han realizado durante los últimos años, tanto experimentales como clínicos, aún no estamos bien documentados sobre las causas reales de la albuminuria, y acerca de las condiciones que favorecen esta transudación de la albúmina a través del epitelio renal.

No obstante, sabemos bien que el estado de la presión sanguínea es siempre un factor importante y que su elevación determina en los albuminúricos un recrudecimiento de la excreción de la albúmina, y que, por el contrario, la disminución de la tensión sanguínea y el establecimiento de la diuresis puede hacer que cese o, por lo menos, que se restrinja esta eliminación y mejorar al propio tiempo los edemas que retroceden.

Son estos hechos de experiencia corriente, y, sea cual fuere la teoría patogénica que se admita, habremos de admitir siempre una alteración del epitelio renal y una modificación de la circulación del riñón. Ambas condiciones patológicas deberán de coexistir forzosamente y contra ellas habrá de dirigirse la medicación antialbuminúrica.

Al lado de los cardíacos digitálicos, digital, escila y adonis, que, en ciertos casos, pueden dar resultados excelentes, los medicamentos antialbuminúricos no son muy numerosos; sólo podemos citar las sales de estroncio, recomendadas por C. Paul, G. Sée y Dujardin Beaumetz; el cloruro de calcio, cuya acción ha sido bien estudiada por Blum, de Estrasburgo; los nitratos y nitritos minerales y orgánicos recomendados por El. Robin, y, finalmente, el muérdago (gui), cuya acción diurética, señalada por J. Chevalier, ha sido confirmada clínicamente por los profesores Fédéli, Pic y Bonnamour, Tobler y Reneau, quienes han demostrado que este medicamento hipotensor es al mismo tiempo un diurético clorúrico y azotúrico muy notable por su actividad e inocuidad.

Fédéli le considera como superior a todos los demás medicamentos antialbuminúricos conocidos. Sus observaciones clínicas (*Riforma Medica*, 1908, núm. 14) demuestran la acción hipotensiva duradera obtenida con este medicamento; pero no atribuye solamente a la modificación de la tensión sanguínea el descenso de la excreción de la albúmina y demuestra que las preparaciones de muérdago poseen una acción propia sobre el epitelio renal y obran de un modo particular en las glomerulone-

Ciáticas

neuralgias rebeldes...

naïodine no contiene ningún estupefaciente ni ningún otro principio activo

vo más que su *yoduro de sodio estabilizado en solución acuosa inyectable*.
Le sedación rápida y atóxica de las diversas algias más rebeldes se obtiene por impregnación de la célula nerviosa y del neurilema por medio del ion yodo de la NAIODINE.

naïodine es el sedativo modelo del elemento dolor,

el antiespasmódico fiel y el antálgico soñado porque es completamente atóxico y porque las inyecciones, intramusculares o subcutáneas profundas son rigurosamente indoloras, incluso en dosis macizas.

naïodine esta indicada siempre que un enfermo sufre de :

CIÁTICAS, ZONAS, LUMBAGOS, REUMATISMO ARTICULAR AGUDO, REUMATISMO DEFORMANTE, NEURALGIAS INTERCOSTALES y LUMBARES, NEURITIS, MIALGIAS, ASMA, ENFISEMA PULMONAR, TOXICÓMANIAS, etc...

naïodine se administra en dosis macizas :

Para obtener resultados rápidas no debe temerse de proceder fuertemente, toda vez que nunca se produce ninguna reacción local ni general. De 10 à 30 cc. por día hasta sedación. Inyecciones intramusculares y de ser posible, loco dolenti.

Éxito terapéutico creciente...

En cajas de 6 ampollas de 5 cc. y 10 cc.

MUESTRAS - J. MARTIN - MADRID y BARCELONA



Solución isotónica esterilizada de Bromuro de Mesotorio.

En ampollas para inyecciones intramusculares profundas, intravenosas o intratumorales (nunca subcutáneas), perfectamente soportables siempre, con sedación del dolor.

Favorece la hematopoesis y la leucopoesis. Aumenta la eliminación de ácido úrico, y suprime las hematurias.

Concentración A. — Anemia, astenia, arterioesclerosis, pretuberculosis.

Concentración B. — Anemia grave. Reumatismo crónico, gotoso, blenorragico. Adenitis tuberculosas.

Concentración C. — Reumatismo crónico rebelde y deformante. Ciática. Neuritis. Leucemia. Cáncer inoperable. Tumores prostáticos, vesicales, etc.

Concentración D. — Inyecciones intersticiales en los cánceres inoperables accesibles. Instilaciones vesicales.

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

LA TERAPIA POR EL RADIUM

por medio del producto

RADIOSCLERIN

en forma de tabletas que contienen cloruro de radium puro en la proporción de 1.388 por 10⁵ miligramos, compuesto con sales fisiológicas.

Indicación principal: **Arteriosclerosis**, además, gota, reumatismo, neuralgia, ciática, enfermedades de la vejez, etc.

El Radiosclerin ha obtenido en todos los demás países un grandioso éxito y será introducido ahora también en España.

Literatura y muestras a disposición de los señores médicos.

LUKUTATE IBERICA, S. L. — Valencia, 238, BARCELONA

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcalá 9 MADRID

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

Agente Gen. para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9) 6

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

fritis. Los estudios de Pic y de sus alumnos sobre las eliminaciones cloruradas y azoadas confirman por completo este modo de ver.

Esta acción del muérdago sobre el epitelio renal debe atribuirse a las saponinas que Chevalier descubrió en él. En efecto, los cuerpos de esta serie son modificadores de la sangre y del plasma y ejercen una acción excitosecretoria glandular sobre los diversos aparatos y particularmente sobre el riñón; pero estos cuerpos son muy alterables y dejan de ser activos, por lo cual, y para lograr una acción eficaz, deberemos emplear preparaciones de plantas frescas que los conservan inalterables.

La guipsina realiza en grado máximo esta indicación, y su administración en los brighticos en dosis de 6 a 8 píldoras diarias determina una diuresis abundante y un descenso lento y progresivo de la albúmina urinaria. Fédéli y Tobler hacen notar que se puede lograr en determinados casos de glomerulonefritis la desaparición rápida y total de la albúmina, pero cuando las nefritis son antiguas, aquélla sólo desaparece gradualmente para quedar en una tasa inferior, que no puede descender sino a la larga bajo la acción combinada del régimen y de la medicación. Esta acción terapéutica ha sido conservada también en las mujeres embarazadas y en los saturnianos.

Contrariamente a las demás medicaciones, la guipsina es siempre inofensiva y se puede continuar durante muchas semanas como tratamiento de entretenimiento en los hipertensos que tengan lesiones renales.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 711,3; idem mínima, 700,8. temperatura máxima, 15°; idem mínima, 6°5; vientos dominantes, SW. y SSW.

La baja barométrica de los últimos días ha influido visiblemente en la salud, mejorando algunos fenómenos, como los catarrales e inflamatorios, y acentuando otros, como los reumáticos e hipertensivos.

En general, las lluvias sobrevenidas han tenido buenos efectos al detener la acentuación de los afectos agudos pulmonares.

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.

Real Academia Nacional de Medicina.—Esta Corporación, en Junta celebrada el día 21 de los corrientes, acordó anunciar en la *Gaceta de Madrid* diez socorros de 250 pesetas cada uno, de la Fundación del Dr. Pérez de la Fanosa, con destino a médicos necesitados o a sus familias.

En la Secretaría de la Academia, Arrieta, 10, se facilitará gratuitamente a los interesados el impreso de instancia, en que además se detallan los documentos que deben acompañar en cada caso a la solicitud del socorro.

Las instancias referidas y la documentación se entregarán en la Secretaría de la Academia, de once a una de la tarde, hasta el día 10 de Diciembre, inclusive.

La persona que haya obtenido anteriormente socorro de dicha Fundación, no podrá solicitarlo de nuevo.

Madrid, 22 de Noviembre de 1930.—El secretario perpetuo, *Nicasio Mariscal y García*.

De la Gaceta: 20 de Noviembre.—Real decreto suprimiendo el Servicio Epidemiológico Central.

21 de Noviembre.—Anuncia hallarse vacante en la Real Academia Nacional de Medicina una plaza de académico de número.

—Real orden aprobando el concurso para la provisión de la plaza de secretario de la Escuela Nacional de Sanidad, y disponiendo se expida el nombramiento para dicha plaza a favor de D. Emilio Luengo Arroyo.

—Otra resolviendo la convocatoria de concurso anunciada para la provisión de las plazas de profesores de la Escuela Nacional de Sanidad.

—Otra disponiendo se expidan los nombramientos de profesores de la Escuela Nacional de Sanidad a favor de los Dres. D. Marcelino Pascua Martínez, D. Román García Durán y D. Federico Mestre Peón.

—Otra nombrando profesores de la Escuela Nacional de Sanidad al Dr. D. Luis de Hoyos Sáinz, director de la Escuela Superior del Magisterio, y a D. Juan Lázaro Urra, profesor de Ingeniería Sanitaria de la Escuela de Ingenieros de Caminos.

22 de Noviembre.—Real orden declarando jubilado a D. Modesto Lafuente Domínguez, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, director de la Estación Sanitaria del puerto de Almería.

Nueva Junta de gobierno del Colegio Médico de Zaragoza:

Presidente, D. Agustín Ibáñez Yanguas.

Vicepresidente, D. Alfredo Hernández Iribarren.

Secretario, D. Pedro Galán Bergua.

Vicesecretario, D. Valentín Porras Castellano.

Tesorero, D. Alberto Forés Palomar.

Contador, D. Antonio Gota Gállego.

Bibliotecario, D. Jesús Gil Chóliz.

Vocales: por la capital, D. Luis G. Urzola Gil, don Félix R. Perrote Roy, D. Dionisio J. Ara Sancho y don Francisco Ainsa Calvo; por Ateca, D. José María Coderque Bielsa; por Belchite, D. José María Val Talayero; por Borja, D. Manuel Puyuelo Sancho; por Calatayud, don Simón Aisa Sanmartín; por Cariñena, D. Juan Outeiral Andrade; por Caspe, D. Valentín Blasco Guiu; por Daroca, D. Joaquín Moneva Sánchez; por Ejea, D. Inocencio Aznárez Casanova; por La Almunia, D. Guillermo Gil García; por Pina, D. Pascual Baringo Alcolea; por Sos, D. Antonio Labayen Abian; por Tarazona, D. Gonzalo Cisneros Cunchillos; por Zaragoza, D. Federico Gimeno de la Parra.

Concurso.—La Academia Médico-Quirúrgica Española abre concurso entre médicos españoles para la concesión de una pensión de estudios de 5.000 pesetas.

En la Administración de la Academia, Esparteros, 9, Madrid, se facilitan programas impresos con las condiciones del concurso, que también se envían por correo a provincias a quien lo solicite.

Instituto Nacional de Oncología.—Moncloa, Madrid. Pabellón de experimentación. Director, Dr. J. Goyanes.—El día 15 de Enero próximo dará comienzo en los laboratorios de la Sección de Química biológica de este Instituto un curso esencialmente práctico sobre análisis bioquímicos de sangre, orina, jugo gástrico, líquido cefalo-

rraquideo, heces, leche, trasudados, exudados y serología del cáncer. El desarrollo de las lecciones estará a cargo del jefe de la Sección, Dr. Martínez Nevot, en colaboración con sus ayudantes los Dres. San Román, Carrero y Robles.

Los alumnos efectuarán personalmente todas las técnicas propuestas.

El curso tendrá tres meses de duración.

Horas de trabajo, de diez a catorce.

Número máximo de alumnos, 10.

Derechos de inscripción: 250 pesetas.

La lucha contra el cáncer.—La Clínica Obstétrica Ginecológica de Astracán (U. R. S. S.) solicita de los ginecólogos españoles la cooperación para el Congreso Panruso de Ginecología, que se celebrará en Moscú el 15 de Septiembre de 1931, respecto al tema «El tratamiento medicamentoso de los cánceres inoperables de matriz».

Para ello ruega se sirvan enviar señas y los siguientes datos: A) Nombre del establecimiento, hospital, Instituto, etc. B) Métodos de tratamiento: quirúrgico, químico, físico, biológico, etc. C) Efectos y resultados. D) Tratamientos medicamentosos. E) Datos, número de casos, edad de los enfermos, diagnóstico microscópico, método de aplicación, substancia empleada, resultados obtenidos inmediatos y lejanos, al profesor N. I. Kouchbaloff. Astracán, U. R. S. S. Instituto Médico. Rusia. U. R. S. S.

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.

Noticias.—La Asociación Profesional Internacional de Médicos, en la última reunión celebrada en París, ha tomado el acuerdo de aceptar el ingreso en la misma de los Colegios Médicos españoles, nombrando miembro del Comité administrativo, en representación de todos los países de habla española, al presidente del Consejo General de Colegios Médicos españoles, Dr. Pérez Mateos, de Murcia.

En la Prensa italiana leemos que, después del acuerdo tomado en el Congreso Internacional de Oslo, se ha abierto una suscripción para erigir en Roma un monumento a Carlos Forlanini, inventor del neumotórax artificial.

—El día 15 de Enero próximo dará comienzo en los laboratorios de la Sección de Química biológica del Instituto Nacional de Oncología un curso práctico sobre análisis bioquímico de la sangre, orina, jugo gástrico, heces, esputos, exudación y serología del cáncer, bajo la dirección del Dr. Martín y Nebot, con la colaboración de sus ayudantes, Dres. San Román, Carrero y Robles.

El número máximo de alumnos es de diez. Precio de inscripción, 250 pesetas. Duración del curso, tres meses. Horas de trabajo, de diez a dos.

—La Academia de Ciencias Médicas de Bilbao ha concedido el segundo premio y 500 pesetas en metálico, en el tema «Pronósticos y terapéutica de la disminución del poder de coagulación en los sujetos a operar», al trabajo presentado por el Dr. Rafael Vera López, de Burgos.

En el tema «Medicación farmacológica clásica y especialidades farmacéuticas», ha concedido el segundo premio y 250 pesetas en metálico al trabajo de D. José Ignacio González Fernández, farmacéutico, de Madrid.

—En la propia Academia se celebró el 29 la del joven Dr. D. Eduardo de Gregorio García Serrano, a quien contestara el catedrático y académico Dr. D. Angel Albó. El Dr. D. Eduardo de Gregorio viene a llenar el hueco que el Dr. D. Julio Cerrada dejara vacío, desarrollando en este acto con la gran competencia que se le reconoce el no menos interesante tema: «Profilaxis médicosocial de la sífilis».

Nuestro parabién más sincero a entrambos recipiendarios, muy aplaudidos y felicitados por la concurrencia.

—El Dr. Elósegui ha jurado el cargo de médico de Cámara, afecto al servicio del Infante D. Jaime.

Que sea enhorabuena.

—El Dr. D. Eduardo Bonilla de la Vega, como es sabido designado por la Junta de Ampliación de Estudios para representar a España en el Congreso internacional de Medicina celebrado en Montevideo con motivo de la conmemoración de la independencia del Uruguay, ha regresado a Madrid muy satisfecho de las atenciones que se le han dispensado y de las intervenciones e invitaciones que gustoso aceptó para dar conferencias en las Facultades de Medicina de Córdoba y Buenos Aires.

—Se encuentra en Almería el equipo oficial antitracomatoso que durante dos meses ha de llevar a cabo la campaña ambulante contra el tracoma.

El equipo está integrado por el médico D. Antonio Pérez Sánchez, practicante D. Luis González Rubio y el enfermero D. Isidro Velázquez.

El itinerario fijado es Lucairena, Sorbas, Cuevas de Almanzora, Huércal-Overa y Albox.

—En la Real Academia de Medicina de Zaragoza tuvo lugar el 19 del pasado Octubre la solemne recepción del venerable Dr. D. Vicente Gómez Salvo, a quien contestó el Dr. D. Alejandro Palomar de la Torre, académico y ex alcalde de Zaragoza. El Dr. Gómez Salvo, que viene a suceder en la Academia al notable anatómico Dr. D. Baldomero Balbielo, inspiró su discurso en el tema «Natalidad y mortalidad de Zaragoza», que comentó con gran oportunidad y acierto, teniendo muy presente al hacerlo los extravíos a que conduce el malthusianismo.

Servicio de Otorrinolaringología del Instituto Rubio. En los días 12 y 19 del actual han tenido lugar estas sesiones clínicas, presentando en la primera una comunicación sobre «Un caso de fibroma nasofaríngeo» el doctor Samperio. Intervinieron en la discusión clínica los doctores C. Beltrán, Suárez, Marañés y Villanueva, haciendo el resumen final el Dr. F. Bertrán.

En la segunda sesión presentó una comunicación acerca de «Un caso de sarcoma del maxilar superior» el doctor Bejarano, e intervinieron en la discusión los doctores Villanueva, Gutiérrez y Marañés, haciendo también el resumen el Dr. Bertrán.

«**La Ciudad Lineal.**» Revista de Urbanización. — Sumario correspondiente al mes de Noviembre: En recuerdo.—Fernando Gil Mariscal: El georgismo y la Ciudad Lineal.—Salón de O.ño.—Fausto Rua: Comentarios al cine en España. El arte del negocio y el negocio del arte.—Instrucción del personal de tranvías de Berlín.—C. Redal: Las rosaledas. Preparación adecuada del terreno.—César García Iniesta: Ante el nuevo Madrid. El apostolado de la ciencia urbanística.—Manuel Abril: El arte de nuestra época.—Los autobuses eléctricos de trole. Páginas para los niños.

Lopión Gravitol.—Al número presente acompañamos prospecto y tarjeta de los indicados productos, recomendando su lectura y pedido de muestras a La Química Comercial y Farmacéutica, Apartado 280, Barcelona.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social, 4 pesetas. Se remite esta obra por intermedio de la Administración de EL SIGLO MEDICO.

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.**

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estño coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

IMPRESA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.458.