

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

FRANQUEO
CONCERTADO

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

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

KALOGEN

Solución de compuestos halogenados de calcio.

Fórmula por 100 c. c.

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

RECALCIFICANTE

SOLUBLE

NO ACIDO

INDOLORO

INNOCUO

INALTERABLE

Por vía gástrica y en inyectables de 2 c. c.



Debido a las sales que lo integran, a su reacción y grado de disociación, es el preparado que reúne las máximas garantías para conseguir con el mismo una rápida asimilación del calcio.

Muestras y literatura: DR. TAYA & DR. BOFILL.—Comercio, 28.—Barcelona.

FORMULARIO CRITICO

POR LAS CLINICAS DE EUROPA

Se encuentran a la venta los tomos siguientes:

- I **A** 7 pesetas (segunda edición).
- II **BC** (agotado y en reimpresión).
- III **DE** 8 pesetas (segunda edición).
- IV **FGH** 7,50 pesetas.

- V **IJKL** 7,50 pesetas.
- VI **MN** 7,50 pesetas.
- VII **O** 7,50 pesetas.
- VIII **P** (hasta **Parto**) 8,50 pesetas.

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

á base de Santonina.

Tratamiento de la diabetes sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.

Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁵⁴ A²⁴ P⁴ O⁷²)

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



RHOMNOL

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

EUMICTINE

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

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

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



Completamente asimilable.

NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estricnina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria.

Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarsonato de sosa, 0,025 gramos.

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

ción grave materna a consecuencia del embarazo o en los que una lesión cardíaca descompensada amenace la vida de la madre. El pronóstico es peor para ella y depende principalmente de la causa que determine la intervención. No hemos de insistir en el aspecto moral de la cuestión, pero sí en la conveniencia de que el médico se asegure de la necesidad de intervenir y de que procure consultar la opinión de un compañero e incluso que redacten ambos un acta del acuerdo que tomen para firmarla por duplicado y conservar cada uno un ejemplar de la misma.

La versión.—Es una operación que tiene por objeto substituir una presentación por otra. Mientras una parte del feto no se encuentra profundamente encajada en la pelvis conserva aquél una gran movilidad, especialmente si la cantidad de líquido amniótico es abundante. Así no es raro encontrar en los casos de feto pequeño una gran movilidad del mismo que hace que en unas exploraciones se le encuentre en presentación de vértice y en otras de nalgas. La versión se puede llevar a cabo por tres procedimientos distintos: en primer lugar por maniobras hechas a través de la pared abdominal y de la uterina, como se hace la palpación. Se llama versión por maniobras externas. En cambio, si por este procedimiento no se logra lo que se pretende es necesario introducir la mano en la cavidad uterina para llevar directamente al estrecho superior la parte fetal que se desea encajar. Se llama esta maniobra la versión por maniobras internas. Por último existe una versión mixta en la que se combinan las dos maniobras.

Para hacer la versión por maniobras externas se coloca a la enferma como para hacer una palpación. La vejiga de la orina y la ampolla del recto deben estar vacías, la enferma acostada, mejor sobre una mesa en la que se haya colocado una manta para acolcharla que en la cama, porque de ese modo resulta más accesible, pero sin que se encuentre molesta, porque contraería involuntariamente los músculos abdominales. Los miembros inferiores se encuentran en extensión; los superiores también en extensión a lo largo del cuerpo. El médico se coloca generalmente a la derecha de la

El segundo accidente es la hemorragia que se produce en aquellos casos en que la punta de la sonda va a parar a la inserción de la placenta y la despegga. En caso de que esto suceda bastará retirar la sonda e introducirla en otra dirección para que cese. Si no cesa se rompen las membranas. Los inconvenientes que puede tener este procedimiento consisten en que la sonda se sale muchas veces del útero, otras veces presenta éste una tolerancia excepcional para la presencia del cuerpo extraño y las contracciones no se producen y aun cuando se produzcan pueden ser muy tardías e insuficientes. La ventaja fundamental consiste en su gran sencillez y en que se puede hacer con un instrumento que todo médico posee. No describiremos el balón de Tarnier, que es de tamaño insuficiente, pero sí el de Champetier de Ribes, al que hemos hecho alusión repetidas veces, porque sirve para varios fines. Este balón es de tejido de seda engomada, tiene forma cónica, pero no regular, sino del modo siguiente: la parte principal es un tronco de cono cuya base mayor tiene 10 centímetros de diámetro y cuya altura mide 9 centímetros. La base menor no está cerrada, sino que allí se implanta un nuevo tronco de cono, que forma con el primero un ángulo muy obtuso y que mide unos 7 centímetros de eje. Este segundo tronco de cono tiene en su base menor una pieza de caucho endurecido que sirve para adaptar un tubo de goma provisto de una llave en el extremo opuesto.

Acompaña al balón una pinza que facilita su aplicación, pero en realidad, cualquier clamp curvo puede servir. La pinza en cuestión tiene la ventaja de que sujeta el balón sin comprimirle y que, una vez colocado éste en su sitio, se la puede retirar desarticulada. Antes de emplear el balón conviene asegurarse, llenándole de agua, de que sus paredes no están perforadas. Para aplicarle se vacía perfectamente y se le arroja según el eje del cono, operación que se hace con mucha facilidad. Bien arrollado y sujeto con su pinza forma un huso, cuyo diámetro máximo no debe ser superior a 2 centímetros. El extremo del balón debe sobresalir un poco del extremo de la pinza. Para colocar el aparato servi-

rán de guías los dedos índice y medio de la mano izquierda que se introducirán, primero uno, luego ambos juntos, en el orificio del cuello del útero para dilatarle y despegar un poco las membranas de forma que facilite la penetración del balón y de la pinza.

Según va penetrando el balón se van retirando los dedos que le sirvieron de guía, pero después que hayan apreciado el ascenso de aquél. Debe penetrar la pinza con suavidad, pero bien adentro, de modo que su articulación llegue hasta 2 ó 3 centímetros por encima del cuello, con lo que el extremo se hallará a 10 o 12 centímetros por encima del mismo. Cuando se ha llegado hasta el sitio que se desea, el médico desengancha la cremallera de la pinza, pero sin moverla de su sitio, en tanto que un ayudante que tiene preparada una jeringa llena de agua esterilizada la inyecta por el tubo del balón; según se va llenando éste va distendiéndose y ya queda en su sitio sin temor a que se salga, por lo que se puede retirar la pinza, para lo cual conviene desarticularla. Cuando el balón se encuentra suficientemente lleno de agua se cierra la llave del mismo y se aplica una ligadura al tubo. Terminada esta operación se procede a una inyección vaginal para provocar las contracciones uterinas. De todos modos la simple presencia del balón suele bastar para determinar las contracciones uterinas. Casi nunca ocurre accidente alguno al realizar esta operación, pero si se produjera algún flujo sanguíneo bastará acabar de llenar rápidamente el balón y hacer algunas tracciones sobre él para que haga efecto de tapón.

Si se rompen las membranas no hay más que tener cuidado de la posición del feto en el momento del encajamiento. Cuando el balón lleva algún tiempo puesto, por ejemplo dos o tres horas, se inician contracciones uterinas que se hacen cada vez más frecuentes y regulares. Se ha observado que el efecto del balón es mejor cuando no se encuentra lleno del todo que cuando está distendido al máximo, de aquí que convenga inyectar unos 100 c. c. menos que la capacidad total.

Si pasado el tiempo que hemos dicho de dos a tres horas

amniótico, como son las cánulas con que se trata de hacer una perforación pequeñísima en la parte superior del hueso, el líquido se vierte desde el primer momento, incluso antes de que se haya iniciado el parto. Si éste tarda en producirse, la dilatación la tendrá que hacer la cabeza fetal apoyando directamente sobre el segmento inferior del útero, lo cual hace que dicha dilatación tarde más en verificarse y que padezca mucho el feto. Además, si se presentan accidentes febriles como consecuencia de las maniobras de punción, habrá que terminar el parto de prisa, acudiendo para ello a los demás procedimientos.

El pronóstico del parto prematuro para la madre se puede calificar sin ditingos de bueno. La operación, convenientemente dirigida y, sobre todo, con un cuidado exquisito de asepsia, no ofrece peligro alguno para ella. Si se tiene en cuenta que cuando se practica es porque el embarazo significaba un peligro grave para la madre, no habrá reparo en reconocer que bastantes mujeres le deben la vida. En cambio, para el feto el pronóstico es peor y depende esencialmente de la época del embarazo en que haya que provocar el parto y de la causa que lo motive. En cuanto a la provocación del parto en los casos de estrechez pélvica, la frecuencia con que se crea indicada dicha operación dependerá del criterio que el médico tenga acerca de la sinfisiotomía. Si es partidario de ella, preferirá esperar el término del embarazo y practicarla; de lo contrario, apelará a la interrupción del embarazo. Pero es evidente que si se quiere evitar la dificultad que la estrechez representa hay que provocar el parto con bastante antelación; por ejemplo, al final del séptimo mes y, desde luego, antes del final del octavo mes, época en la cual las partes blandas de la madre no han sufrido todavía el reblandecimiento que es característico del final de la gestación, y en la cual la vitalidad del feto es aún escasa.

La provocación del aborto, o sea de la expulsión del producto de la concepción en época en la que todavía no es viable, se realiza por los mismos procedimientos que la del parto prematuro. Sus indicaciones son los casos de intoxicación

BALNEARIOS ESPAÑOLES

ALANGE

(BADAJOZ)

Bicarbonatado cálcico.—Oligometálicas, poderosamente radioactivas.—Acratotermas.—Enfermedades nerviosas.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

ALZOLA

(GUIPUZCOA)

Variedad cloruradosódicas y bicarbonatadas calcicomagnésicas marcadamente litínicas y radioactivas, 80°.

Cólicos nefríticos, artrismo del ácido úrico, vías urinarias.

Temporada: 15 de Junio a 15 de Octubre.

BALNEARIO DE BOÑAR

(LEÓN)

Estación climatoterápica.

Aguas bicarbonatadosódicocálcicas nitrogenadas.

Las más nitrogenadas de España. Especialmente indicadas en las afecciones broncopulmonares.

Temporada: 1 de Julio a 30 de Septiembre.

CALDAS DE BESAYA

(SANTANDER)

Cloruradosódicas, variedad bicarbonatada, 84 a 87°.

Neurosis, parálisis, catarros bronquiales, reumatismo.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

GRANDES BALNEARIOS DE ALCEDA Y ONTANEDA

Unicas aguas que pueden garantizar, con absolutas seguridades de éxito, la curación completa de las enfermedades de la piel, aun en las erupciones más rebeldes; afecciones de la nariz, garganta y bronquios; pruritos y picazones y enfermedades de la matriz.

Temporada oficial: Del 10 de Junio al 20 de Septiembre.

GRAN HOTEL DE ONTANEDA

CABREIROA

Las más litínicas de España.

Vías urinarias. — Estómago. — Diabetes. — Artrismo.

Hotel en el mismo Balneario.

Temporada oficial 1.º de Julio al 30 de Septiembre.

Informes: Conde de Aranda, 8, Madrid.

RECOMENDADOS POR LOS MÉDICOS POR LOS RESULTADOS EXCELENTES DE SUS AGUAS

Tratamiento de la **TOS** en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

Específico
contra la Coqueluche.

(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

Agentes generales: Giménez-Salinas y C.ª, Sagnés, 2 y 4, Barcelona (S. G.)

EUZYMINA MENARINI

Solución titulada de Lecitina y fermentos digestivos.

Fórmula del Prof. CONCETTI, de Roma.

Recomendada en las enfermedades del aparato digestivo de los niños.

La **Euzymina**, por los fermentos que contiene asociados á la lecitina, no solamente reemplaza las deficiencias del aparato digestivo, sino que estimula las fuerzas zimógenas para mayor actividad funcional.

DOSIS: Para niños de pecho, 10 á 20 gotas después de haber tomado el pecho; para niños de dos años y más, 20 á 30 gotas después de cada comida; para adultos, una cucharadita de café.

Muestras gratis á los señores Médicos que las soliciten á los señores:

J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632.—BARCELONA

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

Entre los grandes inventos se nos presenta uno en **ELECTROMEDICINA** de trascendental importancia. Uno de los más poderosos auxiliares por su eficacia en terapéutica y productor positivo.

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A, del DR. STEIN

Tamaño pequeño. **Peso** reducido. **EFICACIA** LA MAS PODEROSA.

SUPERA A TODOS LOS EQUIPOS CONOCIDOS. **COSTO** INSIGNIFICANTE

LA EXCELENCIA DE UN PRODUCTO se prueba CON SU USO

Por detallada y perfecta que sea la descripción de un artículo en folletos, no se podrá comprobar prácticamente su valor real, el alcance de sus características, su eficacia en terapéutica, su solidez de construcción o indestructibilidad, si no se somete al uso profesional.

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

Enviamos el referido **ELEKTRA U. V. UNIVERSAL MODELO NUM. 2 A**, que produce 15 MODALIDADES ELECTROMEDICAS DISTINTAS, SIN NINGUN COMPROMISO DE COMPRA, al señor médico que desee probarlo en su clínica para comprobar prácticamente las excelencias de su construcción y efectos clínicos.

Precio: El precio de este aparato **ELEKTRA UNIVERSAL** es de 800 pesetas, puesto aquí fletes y derechos pagados. A los señores COLABORADORES CIENTIFICOS, que nombramos, tenemos autorización especial de la CENTRAL LABORATORIOS ELECTRICOS del DR. STEIN para otorgarles el derecho de adquisición por la mitad del precio oficial.

GRANDES FACILIDADES DE PAGO concedemos a los señores médicos que las soliciten, permitiendo el pago en pequeñas cuotas mensuales al alcance de todos.

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la **Central ELECTROMEDICA**

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

15 VIII 1931

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

GUIAS MEDICOS

A partir de ahora, y durante un período de diez años por lo menos, va a emprenderse en los Estados Unidos una activa campaña, perfectamente organizada, en la que un grupo de médicos habrá de trabajar como «guías médicos» y será pagado anualmente por los cuidados y servicios que prestarán como tales.

Esta sugestión ha sido discutida en la

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar a nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

reunión anual de los administradores y del personal facultativo del Hospital del Monte Sinaí, habiendo sido vivamente aprobada por el Dr. C. E. A. Winslow, profesor de Higiene pública en la Universidad de Yale.

He aquí los argumentos expuestos por el Dr. Winslow en defensa de esta idea en la conferencia de la Asociación Médica de Brooklyn:

«Las familias de la clase media gastan menos en atenciones médicas que en tabaco, golosinas, teatro, etc.; pero los resultados de ello son también lamentables. Para un año en que estas familias no gasten nada en necesidades médicas, porque la salud ha sido buena, hay períodos de largas enfermedades

los hospitales, los cuales facilitarán así su labor, y de acuerdo con ellos hasta podrán decidir si puede instituirse otro

JARABE ALMERA

a base de fosfato de cal gelatinoso, el más asimilable.

medio mejor que el seguro por el Estado para el mayor interés del público. El sistema tradicional del servicio médico, basado en relaciones puramente individuales entre médicos y pacientes, ha pasado ya a la historia.

Necesitamos ahora una organización médica superior al sistema tradicional, porque el médico debe poder disponer del consejo de especialistas, así como de las facilidades técnicas de los laboratorios para establecer sus diagnósticos y sus tratamientos. Igualmente es indispensable asegurar al enfermo los mejores cuidados para su curación. El hospital es el centro lógico de estas coordinaciones, cuya necesidad absoluta se encargará de probarnos el porvenir.»

Diarreas estivales

ELDOFORMO

Bayer-Meister Lucius

PUBER

Mírala. Del misterio se percata y con breve inflexión sesga el camino. Pálido y presto, rojo y peregrino, su rostro, en su congoja se recata.

Hay un algo en sus ojos que delata dulce conformidad con el destino: o es reverberación de lo divino o es de lo terrenal razón innata.

Los infantiles juegos ya detesta, su acento cambia y a mayor disculpa su morbidez realza sorprendida. ¿La conoces? ¿No sabes quien es ésta? Esta es la hija de la eterna culpa de Eva, por su pecado concebida.

FELIPE CRESPO GÁLVEZ.

Córdoba, Julio 1931.

La doctora Clisby.

decana de las mujeres médicos.

La doctora Harriet Clisby, cuyo centenario fué celebrado en Agosto de 1930, acaba de morir en Inglaterra.

Hija de un vendedor de cereales de Park Lane, Harriet Clisby fué con su familia a Australia a la edad de siete años. Esto ocurría en 1837. La travesía duró cinco meses.

A los veintiocho años fundó una Aso-

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

ciación para socorrer a las mujeres encarceladas, y editó una revista musical.

Después de haber leído un folleto en el que se abogaba por que la mujer se dedicara a la profesión médica, comenzó los estudios de Anatomía y de Fisiología. Dos años después, al regresar a Inglaterra, entró como enfermera en Guys Hospital, y como en aquella época ninguna mujer podía llegar a doctorarse en Medicina en Inglaterra, se trasladó a Nueva York para continuar allí sus estudios médicos. En tres años obtuvo su diploma del doctorado, a pesar de la oposición de los estudiantes. En seguida se trasladó a París.

Durante veinte años, la doctora Harriet Clisby vivió en América, en donde adquirió muchas amistades, entre las

“MALTOPOL”

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

cuales es conveniente citar a Longfellow y a Emerson.

En 1885 abandonó Boston y se trasladó a Ginebra, en donde fundó la Unión de Mujeres.

SIGUE A LA PAGINA XV

EUPAVERINA
MERCK

supera la
papaverina



que son muy costosas y que exigen a veces la mitad de las ganancias de un año. La enfermedad es un riesgo, y el único medio de prever un presupuesto para un riesgo es el de estar asegurado contra el mismo.

Por todo ello, en los diez años que van a transcurrir podrá observarse una experimentación activa de las bases ya establecidas y relativas a un salario anual para cuidados médicos que deberá instituirse por los grupos de médicos llamados «guías médicos».

Estos «guías» estarán asociados con

ALGUNOS TIPOS DE CACODILATO DE SOSA

VITOLO

VITOLO es la solución más depurada de cacodilato de sosa y la más adaptable a todas las necesidades clínicas.

Exalta la acción reconstituyente y la específica del cacodilato de sosa.

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

Apartado de Correos 9.030.—MADRID

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA

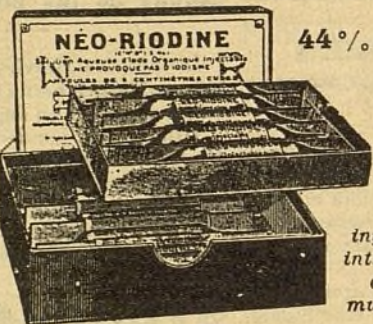
Lenta y duradera
POR LA

NEO-RIODINE

RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

*Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable*



44 % de yodo

En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

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

*Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.*

Compuesto químicamente
definido y estable

$(C_{15}H_{33}O_3)_3 (IH)_2 C_3H_5$

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



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

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

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

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCIÓN FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicitato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRÓNICO, etc.

MUESTRAS Y LITERATURA-DEPARTAMENTO MEDICO DEL
LABORATORIO JUSTE - Francisco Navacerrada-3-Hotel

Teléfono 55.386-Apartado de Correos 9030-MADRID



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimus, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: La prueba de la cromoscopia en el diagnóstico de las gastropatías, por Fidel Fernández Martínez.—Pirretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, por A. Vallejo Nágera y R. González Pinto.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

La prueba de la cromoscopia en el diagnóstico de las gastropatías

POR

FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
de la Facultad de Medicina de Granada.

El producto que extraemos con la sonda después del desayuno de prueba es una mezcla de la secreción del estómago con la comida ingerida, más saliva, moco, secreciones faringoesofágicas y sustancias reflúidas del duodeno; elementos estos últimos muy de tener en cuenta porque, siendo de reacción alcalina, neutralizan, en parte, la acidez gástrica.

Los gastropatólogos han tratado de evitar los inconvenientes del método, buscando otro que les dé un índice funcional de la célula secretora, con independencia de toda mezcla que altere la fórmula de la secreción.

*
*
*

SAX y SEHRF (*Wiener Klinische Wochenschrift*, Septiembre 1923) estudiaron la eliminación gástrica del azul de metileno y del indigocarmín, inyectados subcutáneamente. EDINGER repitió los experimentos en perros, a los cuales hizo autopsias para estudiar la distribución de los colorantes en la mucosa gástrica. SIMICI y DUMITRIU (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, pág. 648, 1924) demostraron que el indigocarmín, la eosina y la fenolsulfoptaleína introducidos por vía parentérica no se eliminaban por estómago, y, en cambio, lo hacían la rodamina, el azul de metileno y el rojo neutro. SASEL y SCHERF estudiaron la eliminación del azul que acabamos de nombrar, y establecieron como regla que sólo los colorantes solubles en los medios lipoides se eliminan por la pared del estómago.

DAWSON (*American Journal of Physiology*, 1 Julio 1925) ha estudiado treinta y tantos colorantes, y deduce de sus estudios que sólo se eliminan por el estómago los siguientes: rojo neutro, azul de toluidina,

tionina, azul de metileno, crisoidina, naftol-azul, pardo de Bismarck, azul de anilina, bicloruro de cianamina, rodamina, verde malaquita, fucsina ácida, violeta neutro y benzopurpurina 4-B. Los siete primeros son los que se eliminan más rápidamente.

COLLIF ensayó el azul polícromo B, desistiendo de emplearlo en vista de su elevada toxicidad.

NIERENSTEIN, estudiando la naturaleza de las coloraciones vitales hizo uso del rojo neutro, descubierto en 1879 por WITT e introducido en Medicina por EHRLICH. Al final de sus ensayos encontró un depósito de rojo neutro en las vacuolas de alimentación de los infusorios, con el detalle curioso de que el colorante no se deposita en los elementos corpusculares del contenido de las vacuolas, sino en el moco que contienen, y ello solamente en los períodos digestivos, o sea cuando el contenido tiene reacción ácida.

SCHLAEPFER, en 1908, aplicó por primera vez el rojo neutro al examen de la función gástrica, añadiéndolo a una comida de prueba y buscándolo luego en la orina para deducir del ritmo de la eliminación urinaria la motilidad gástrica y la eliminación por el píloro.

FULD («Ausscheidung von Neutralroth ant den Magen», *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 27 Octubre 1908) comprobó la eliminación del rojo neutro por la mucosa de los resacados, y en conejos y perros. CARNOT y GAELINGER (*Paris Medical*, 8 Noviembre 1924) estudiaron la eliminación gástrica del rojo neutro en un perro con fistula de estómago.

HIRABAYASHI (*Archiv für Verdauungskrankheiten*, tomo I, pág. 71, 1924) realizó en perros experimentos que dieron estos resultados: cuando después de inyectar el rojo neutro daba una comida de Ewald-Boas, el color aparecía en el jugo a los cuarenta y cinco minutos; si daba con el desayuno polvo de mármol, que con el HCl del estómago desprende CO₂, el color aparecía a los veinticinco minutos; si daba pilocarpina, aparecía a los diez; si histamina, a los cinco; si alcohol, a los quince. De ahí deduce que el estómago del perro elimina con velocidad que depende de lo intensa que sea la función secretora. Si se producen al

mismo tiempo irritaciones de la mucosa con nitrato de plata o con el calor, se produce mucho moco y se retrasa la aparición del colorante.

FINKELSTEIN («Zur Frage der Farbstoffanscheidung durch Magen», *Archiv für Verdauungskrankheiten*, pág. 375, 1922) demostró que el rojo neutro se eliminaba por el estómago cuando se introducía por vía intramuscular.

SIMICE y DUMITRIU (*Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, pág. 648, 1924) vieron que después de la inyección subcutánea aparece el rojo neutro en el estómago de los diez a los veinticinco minutos, llegando su eliminación al apogeo de los sesenta a los noventa, para terminar de tres a cinco horas después. La eliminación por hígado y riñón es insignificante y muy tardía.

GLAESSNER y WITTGENSTEIN comprobaron que la eliminación del colorante se hace por las células de revestimiento, productoras del HCl.

DAVIDSON, WILLOX y HALGENSEN (*The Journal of the American Medical Association*, edición española, pág. 445, segundo semestre, 1925) dicen que los conejos y gatos inyectados con 2 c. c. de colorante, y sacrificados a la media hora, tenían la mucosa del estómago empapada por el rojo, sobre todo en la región secretora. Estaba también teñida la pelvis renal y un poco el hígado y el intestino. Los cortes, por congelación, demostraron que el máximo de colorante estaba almacenado en las glándulas pépticas.

Los estudios anteriormente citados, y en particular los de DAVIDSON, WILLOX y HALGENSEN, y los de GLAESSNER y WITTGENSTEIN, tienden a demostrar que la excreción gástrica de rojo neutro está ligada a la existencia de un tejido secretor de ácido clorhídrico, y, por consiguiente, el estudio de su eliminación nos puede informar sobre la función de las células secretoras del estómago.

LURIA y NIKRIN sostienen la misma tesis en *Archiv für Verdauungskrankheiten* (pág. 324, 1925), y lo mismo DESTREE y GODART en *Bruxelles Medica* (1 Febrero 1925). SCHLAEPFER *Münchener Medizinische Wochenschrift* (8 Septiembre 1908) había hecho notar que el rojo neutro no se eliminaba por el estómago en los casos de anaclorhidria, ni aun haciendo ingerir a la vez ácido clorhídrico.

* *

El rojo neutro, que pertenece a los llamados colorantes vitales, es un polvo negruzco que se disuelve en agua, dándole un tinte rojo subido, que vira al violeta con los ácidos y al rojo con los álcalis.

Se trata, como indica su nombre, de un colorante neutro, que inyectado debajo de la piel, dentro de los músculos, o en el interior de las venas, se elimina de preferencia por el estómago, un poco por el riñón y muy poco por el hígado o el intestino.

Su toxicidad es muy ligera y su tolerancia por el organismo bastante grande.

* *

Nosotros seguimos la marcha siguiente para la prueba de la cromoscopia.

El primer día damos el desayuno de prueba corriente y extraemos el contenido gástrico con tubo Faucher, practicando en él las investigaciones habituales.

Al día siguiente, estando el enfermo en ayunas, le colocamos la sonda duodenal, procurando que la oliva no pase de los 45 centímetros ni llegue al duodeno. Extraemos el contenido gástrico, si lo hay, y, caso afirmativo, le hacemos objeto del examen corriente en estos casos.

Inmediatamente, y dejando colocada la sonda, inyectamos en la región deltoidea 5 c. c. de solución acuosa de rojo neutro al 1 por 100, cuidando de utilizar un líquido de preparación reciente, porque la experiencia nos ha enseñado que las soluciones algo antiguas se eliminan tarde y mal por el estómago.

Algunos autores (GABRIEL PECO: «La cromoscopia en las hiperquillas gástricas», *Semana Médica de Buenos Aires*, 4 Agosto 1927) aconsejan clavar la aguja, inyectar a través de ella 2 c. c. de solución de novocaína al 1 por 100, y en seguida introducir por la aguja el colorante. Nosotros no hemos acudido nunca a este recurso. En la mayoría de los casos, el enfermo no se ha quejado de dolor local. Alguna vez produce la inyección un dolorimiento ligero y poco vivo que no merece la pena de evitar.

Una vez hecha la inyección de rojo neutro, se comienza a hacer aspiraciones con la jeringa a través de la sonda duodenal, para conocer el momento en que empieza a eliminarse el colorante. Las extracciones se hacen al principio con mucha frecuencia, pero en cuanto empieza a salir color, ya no se hacen más que cada media hora, hasta que deja de salir.

Es buena práctica hacer la extracción primera a los cinco minutos de la inyección, y después seguirla haciendo de cinco en cinco minutos hasta que aparece la coloración rosada. Luego se sigue de treinta en treinta minutos, hasta que termina. Si no ha salido nada a las cuatro horas de la inyección, se puede dar por negativa la prueba.

Como la cantidad de rojo segregada por la mucosa es pequeñísima, no podría recogerse por la sonda, si el estómago está vacío. De ahí la necesidad de que contenga un líquido en el que se diluya el color segregado.

Algunos autores dan, a la vez que la inyección, un desayuno de té y pan, o de alcohol, que luego van extrayendo poco a poco; pero esto tiene el inconveniente de que al cabo de cierto número de extracciones queda el estómago vacío, y ya no sale nada por la sonda, de modo que no se puede llevar la prueba hasta el final.

DESTREE y GODART colocan la sonda duodenal en ayunas, y hacen extracción total del contenido gástrico que guardan para el análisis. En seguida inyectan el rojo, y dan la comida de prueba de DELORT, que van extrayendo de diez en diez minutos durante hora y media. Dosifican en cada muestra la acidez,

que inscriben al lado de la intensidad del color, y buscan con percloruro de hierro el momento en que desaparece el salicilato sódico de la comida de prueba, lo que indica que ya desapareció del estómago la referida comida. Determinan, pues, a la vez, cromoscopia, acidez y velocidad de evacuación (CUATRECASAS: «La cromoscopia gástrica», *Revista Médica de Barcelona*, Marzo 1925).

Nosotros preferimos inyectar por la sonda 50 c. c. de agua destilada tibia, dejarla unos momentos en el estómago y retirarla en seguida. De este modo se pueden repetir indefinidamente las extracciones y se puede prolongar la prueba todo lo necesario.

MOGENA y LÓPEZ FERNÁNDEZ («Valeur clinique de la chromoscopie gastrique», *Archives des Maladies de l'Appareil digestif*, Octubre 1927) aconsejan hacer el primer día un análisis corriente de contenido gástrico, para obtener los datos referentes a la acidez, moco, contenido en ayunas, estado de la evacuación, etcétera. Al día siguiente hacen la inyección de rojo neutro y dan al mismo tiempo una taza de té, extrayendo de dos en dos minutos un poco de líquido, que vuelven a introducir otra vez por la sonda, si sale incoloro. En cuanto se empieza a teñir, ya lo recogen de cinco en cinco minutos, y retiran de cada vez 5 c. c., con los que hacen una dosificación de acidez para hacer el examen fraccionado, a la vez que la cromoscopia.

En teoría no interesa únicamente el momento en que empieza y el momento en que acaba la eliminación del rojo por la mucosa, sino hay que averiguar el ritmo de la eliminación: si es uniforme, si escalonada, si sigue una curva ascendente o descendente, etcétera; pero en la práctica se tropieza con grandes dificultades para esto, porque la extracción no es uniforme y porque con frecuencia hay reflujo biliar que enmascara el color. Por eso no se hace curva de eliminación y el método se reduce a averiguar si hay o no hay eliminación gástrica de rojo, a qué tiempo empieza, a qué hora acaba y cuánto dura.

El método de la cromoscopia no suele ofrecer dificultades. Las que hemos encontrado en nuestra práctica fueron vencidas con facilidad. La introducción de la sonda duodenal se logra casi siempre con un poco de paciencia. La abundancia de moco que obstruye los orificios de la sonda se contrarresta inyectando un poco de agua templada a través de ella, para desobstruirla, y, en último caso, haciendo un lavado previo del estómago.

La presencia de bilis puede enmascarar el color rojo. DAVIDSON, WILLOX y HAAGENSEN aconsejan para estos casos la técnica siguiente: se toman 10 c. c. de recogido; se agregan 0,20 de solución concentrada de cloruro de calcio y 0,30 de solución concentrada de acetato de plomo; se calienta al baño de maría durante cinco minutos; se ponen en un tubo de cetrifugador; se centrifugan durante cinco minutos; se compara el líquido que sobrenada con un color patrón. Este procedimiento, indudablemente muy exacto, no se necesita en la práctica clínica. En casos de duda

basta filtrar el producto por papel de filtro y en él se aprecia el color rojo, aunque sea muy atenuado y aunque esté enmascarado por la bilis.

La alcalinidad del líquido gástrico, bien por anaclorhidria, bien por reflujo duodenal, es otro motivo de error, porque en estos casos el líquido segregado tiene color amarillo impreciso. Basta, en caso de duda, acidular ligeramente la muestra con acético.

La presencia de sangre también dificulta la percepción del color rojo. Se evita añadiendo ácido acético glacial, que produce hematina ácida; se filtra y en el filtro se descubre fácilmente el colorante.

* *

Nosotros hemos obtenido con la cromoscopia los resultados siguientes:

En los sujetos normales el rojo aparece en el estómago de quince a treinta minutos después de la inyección y se elimina durante sesenta a noventa.

En términos generales puede afirmarse que a mayor acidez corresponde mayor rapidez de eliminación, siendo cierta la recíproca, es decir, pudiendo también afirmarse que cuando la eliminación es precoz es señal de que hay acidez elevada.

Si un sujeto de eliminación muy precoz no da, además, cifra elevada de acidez, hay que pensar en mezcla con bilis o con jugo duodenal, cuya alcalinidad oculta y consume la acidez gástrica.

Por término medio, el rojo aparece en el jugo de los hiperquílicos a los diez o doce minutos de la inyección. Coincidimos en esta conclusión con las de GLAESSNER y WITTGENSTEIN, CARNOT y GAHLINGER: «Un nuevo método de apreciación de la secreción gástrica» (*Paris Medical*, 8 Noviembre 1924), KOOPMANN (*Annals of Medicine*, pág. 521, 1924), y WINKELSTEIN y MARCUS (*The Journal of the American Medical Association*, edición española, pág. 681, segundo semestre, 1925).

Tenemos algún caso de eliminación muy precoz, hasta de tres o cuatro minutos.

Creemos haber encontrado más relación entre rapidez de eliminación y acidez total que entre rapidez de eliminación y valor H.

No hemos confirmado la observación de DESTREE y GODART, según la cual hay más relación entre eliminación y síntomas clínicos que entre eliminación y acidez gástrica («Chromoscopie gastrique», *Bruxelles Medical*, 1 Febrero 1925).

Hemos visto casos, aunque raros, en que a pesar de ser fuerte la acidez está retardada la eliminación del rojo. Acaso coincidan, como cree PECO, con gastritis crónicas que segregan mucho moco. Ello, de confirmarse, permitiría acaso separar las gastritis ácidas de otras afecciones en que también hay hiperacidez, es decir, las gastritis hiperquílicas de las hiperquílicas no gástricas.

Según MOGENA y LÓPEZ FERNÁNDEZ puede deducirse, en cierto modo, la localización de la úlcera según el tipo de la eliminación del rojo, puesto que en las de curva dura menor es más tardía que en las

duodenales. En los operados de gastrectomía han visto siempre retardo de eliminación, y si la resección fué muy extensa y el ácido clorhídrico ha desaparecido del jugo, es negativa la cromoscopia.

No hemos comprobado el primer extremo ni en sayado nada con respecto al segundo.

En sujetos cuyo estómago no segrega ácido clorhídrico no aparece el rojo neutro.

En los cancerosos que aún conservan ácido en el jugo es positiva, aunque tardía, la eliminación del rojo. En algún caso de cáncer con anaclorhidria ha sido también positiva la eliminación del colorante. Ello prueba que la cromoscopia es muy sensible y que basta un minimum de capacidad funcional en las células para que se elimine el colorante, aunque esa capacidad no sea ya suficiente para segregar HCl.

Parece probado que la eliminación es absolutamente negativa en las anaclorhidrias orgánicas, es decir, en las que se deben a atrofia de la mucosa, como ocurre en las fases avanzadas del cáncer y en las anemias perniciosas. Creemos con PECO (*Archivos argentinos de Enfermedades del Aparato digestivo*, núm. 2, 1928: «Resultados del procedimiento colorimétrico en las aquillas gástricas») que cuando en un anaclorhídrico sea positiva la prueba del rojo neutro, hay que pensar en una de estas probabilidades: Se trata de una anaclorhidria dispeptica, funcional o neurótica; no orgánica. El rojo no se ha eliminado por estómago, pero lo ha hecho por la bilis; luego ha refluído desde el duodeno hasta el estómago y ha salido por la sonda.

En los casos de anaclorhidria en que no aparezca la coloración es preciso, antes de dar por negativa la cromoscopia, agregar a la muestra de recogido gástrico un poco de ácido acético glacial, o sencillamente de ácido clorhídrico, porque a veces se desenmascara así una coloración que estaba oculta o invisible.

* *

En la preparación de este trabajo nos han ayudado muy eficazmente los entonces distinguidos alumnos de Medicina y hoy queridos compañeros, D. JUAN MATA JOYANES y D. DIEGO CASTILLA PÉREZ.

Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso ⁽¹⁾

POR

A. VALLEJO NÁGERA
Director del Sanatorio
Psiquiátrico de San José
(Ciempozuelos).

R. GONZÁLEZ PINTO
Director del Sanatorio
Psiquiátrico de Santa Agueda
(Guipúzcoa).

HISTORIA DE LA PIRETOTERAPIA

Febris ascendens spasmos solvet, dice Hipócrates en el aforismo 57 de la sección IV, observación confirmada por Areteo, de Capadocia, Galeno y Celso Aureliano. Galeno cita concretamente un caso de melancolía curado después de un paludismo, manteniéndose durante algunos años la idea

de la beneficiosa influencia de una enfermedad intercurrente febril sobre el curso de ciertas enfermedades nerviosas. Sabemos que Luis XI, de Francia, rogaba insistentemente a Dios el beneficio de una cuartana como remedio seguro de la epilepsia que padecía. Sydenham (1689), Boerhave (1738) y algún otro observador pudieron comprobar la eficacia de la fiebre sobre el curso de las enfermedades mentales, y por eso Galloni retrasaba la quinización de los paralíticos, pues la mejoría mental después de las fiebres era un hecho casi constante. Las remisiones consecutivas a una enfermedad febril intercurrente se observaban con cierta frecuencia en los manicomios, como lo prueban, no solamente las numerosas indicaciones de los autores a este respecto, sino las hojas clínicas que hemos tenido ocasión de revisar en el Manicomio de Ciempozuelos, encontrando una nota del Dr. González sobre la franca remisión sobrevenida en un enfermo como consecuencia de varios accesos de terciana (año 1892).

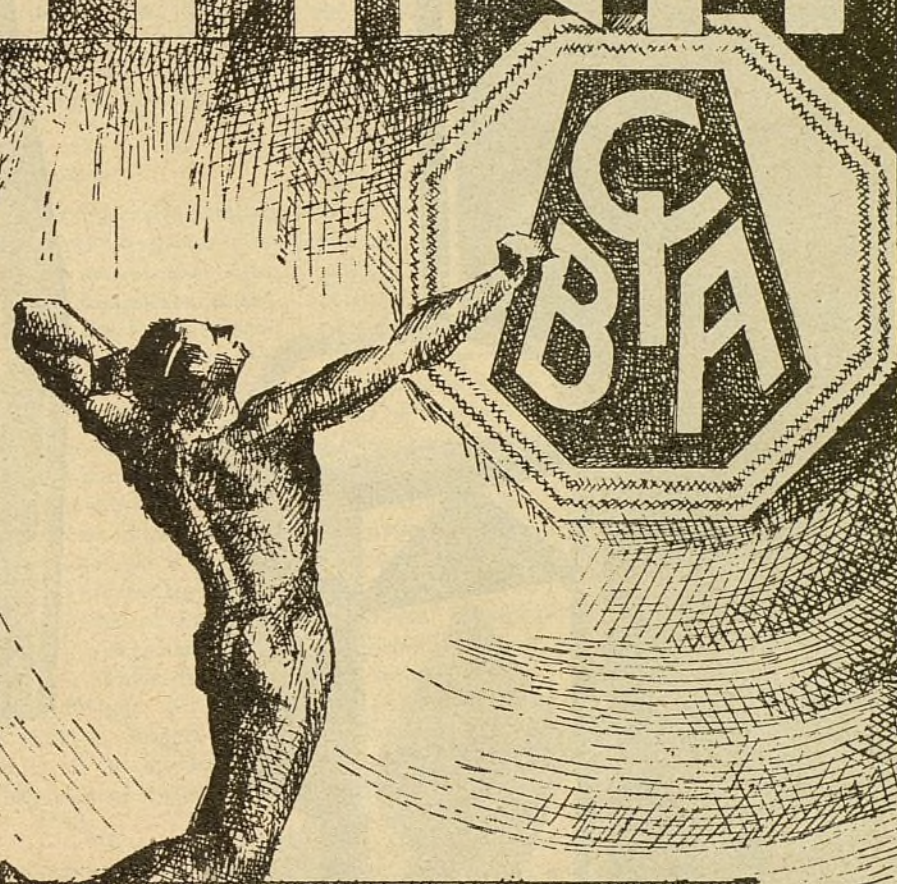
Quieren algunos autores que sea Rosemblun, director del Hospital de Odesa, el inventor de la nosoterapia, aduciendo por quien así piensa que en su obra, impresa en 1876, menciona la beneficiosa influencia ejercida por el paludismo (4 casos), la fiebre tifoidea (6 casos) y la fiebre recurrente (22 casos) en algunas psicosis. Parece deducirse de las manifestaciones de Rosemblun y de su colaborador Motschutkoffski que practicaron la inoculación experimental de la fiebre recurrente, si bien ocultaron el ensayo por temor de los disgustos que pudieran ocasionarles tan arriesgadas experiencias, a las que, por cierto, alude Wagner von Jauregg en su primer trabajo de 1887.

Aunque muy bien pudiera ser Rosemblun el descubridor del método llamado malarioterapia o nosoterapia, es lo cierto que el primer trabajo sobre la acción de las enfermedades febriles en el curso de las psicosis fué publicado en 1887 por Wagner von Jauregg. Discute si ante el hecho de la remisión originada por una enfermedad febril intercurrente estará justificada la provocación artificial de determinadas infecciones, y basado en sus experiencias y en la inocuidad del método inocular paludismo, erisipela y fiebre recurrente. Durante gran número de años prosigue con gran entusiasmo sus ensayos con tuberculinas y otras infecciones, hasta que convencido de la superioridad del paludismo se decide por esta infección. En 1922 publica un trabajo histórico reseñando la historia clínica de nueve paralíticos que inoculados el año 1917 conservan su capacidad profesional cinco años después, exponiendo en este trabajo las indicaciones y técnica de la paludización. Las experiencias en gran escala comenzaron el año 1919 en las clínicas de Viena y Hamburgo por Wagner von Jauregg y Weigandt, difundiendo la paludización rápidamente por Alemania, Austria y Polonia. En América, y tras el viaje de propaganda de Weigandt, empiezan los experimentos en Buenos Aires y Méjico con buen éxito, que hace modificar el escéptico criterio con que fué acogido el psiquiatra hamburgués en Nueva York. En Francia publican varios e importantes trabajos Giraud, Naudascher y Targowla, Claude, Cruzon, Claret y Vogt, Autheanme, Lhermite y Dimolesco; en Italia destacan Aguglia y Cubonni, y en todas las naciones y en todas las lenguas han aparecido trabajos sobre piretoterapia, método que hoy ha adquirido un lugar propio en la terapéutica.

No hemos sido ciertamente los españoles de los últimos en sumarnos a las modernas corrientes, pues el año 23 y 24 inoculan los primeros casos Lafora (Madrid) y Chabás (Valencia), siguiendo a estas inoculaciones en reducido número las que se hacen en gran escala en la Clínica Psiquiátrica Militar y Manicomio de Ciempozuelos por Vallejo Nágera y

(1) Trabajo premiado por la Academia de Medicina de Canarias.

FITINA



RECONSTITUYENTE TÓNICO DEL SISTEMA NERVIOSO REMINERALIZANTE

El preparado más rico en fósforo orgánico
y sustancias remineralizantes asimilables

Comprimidos Granulado Cápsulas Sellos

Muestras y literatura :

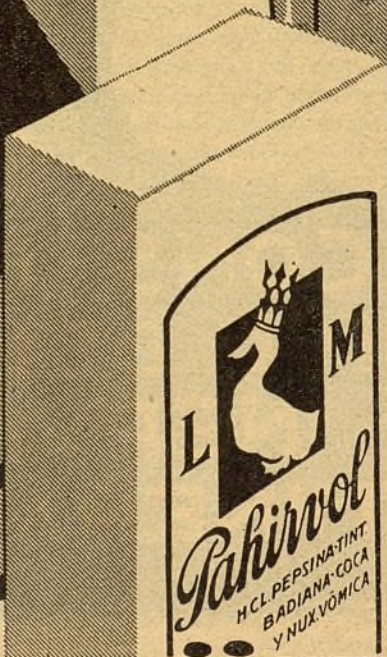
CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285

BARCELONA

Apartado 744

**LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA**



MORRHUETINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA.

SE USA TODO EL AÑO — SABOR GRATÍSIMO — TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

González Pinto, quienes en 1927 presentan a la Academia Médico Quirúrgica de Madrid una comunicación con una casuística de 98 casos. Vulgarizado el método gracias a las repetidas comunicaciones, trabajos y conferencias de Vallejo Nágera, con la semilla proporcionada por Ciempozuelos se han tratado gran número de parálisis en los servicios de Covisa y Sáinz de Aja en el Hospital de San Juan de Dios (Madrid), García del Real (Facultad de Medicina), Marañón (Hospital General), Tapia (Hospital del Rey) y otros en provincias con semilla facilitada por el indicado establecimiento de Ciempozuelos y que se envía preparada con arreglo a un método de que luego hablaremos. Han publicado también casuísticas de paludización Rodríguez Arias (Barcelona) y Guija Morales (Plasencia).

LOS AGENTES PIRETÓGENOS

Las experiencias de Wagner von Jauregg en la parálisis general llevaron a la conclusión de que los agentes piretoterápicos más débiles por sus efectos son aquellas sustancias que no proceden de gérmenes infecciosos (proteínas), actuando con mayor intensidad las materias que tienen tal origen (productos bacterianos, vacunas), y todavía con mucha mayor eficacia la propia infección, decidiéndose en consecuencia por la paludización.

Claro está que ni en el caso concreto de la demencia parálisis podemos servirnos exclusivamente de un agente piretoterápico, pues circunstancias patológicas e individuales de que luego nos ocuparemos imponen en unos casos el absceso de fijación, en otros la malarioterapia y en otros uno de los muchos agentes capaces de provocar elevaciones térmicas. Es necesario, por tanto, estudiar el arsenal de agentes piretógenos de que disponemos, sus indicaciones y contraindicaciones, y especialmente la técnica de su empleo, para saber usarlos en un momento dado. Tal estudio ha de ser muy breve si no hemos de dar al presente trabajo una inusitada extensión, destacando en la exposición los hechos que nos parecen más interesantes deducidos de nuestra personal experiencia.

EL PALUDISMO TERAPÉUTICO

La paludización de los parálisis generales y de los tabéticos ha entrado ya en la terapéutica y práctica corrientes por contarse con una estadística que comprende miles de enfermos y por ser sorprendentes los resultados conseguidos con este método en todas las clínicas del mundo. Cinco años de continuo trabajo en la clínica y una casuística de 300 paludizaciones nos permiten consignar en el presente trabajo los frutos de una experiencia que adolece del defecto de carecer de una complementación histográfica y de no aportar minuciosos datos de laboratorio. Dificultades que no son del caso han impedido repetir con la frecuencia necesaria los análisis de los humores, especialmente del líquido cefalorraquídeo, habiendo de conformarnos con datos incompletos. Preferimos exponer en las líneas que siguen aquello que hemos tenido ocasión de observar y comprobar personalmente, eludiendo toda aportación teórica, ya que en nuestro propio idioma existen monografías que tratan con todo detalle esta cuestión.

Semilla empleada para la inoculación.—Hemos empleado dos semillas, que titulamos A y B, ambas de *Plasmodium vivax*, vírgenes de quinización los pacientes donantes, afectados de terciana espontánea, la cual es frecuente en la comarca en que radica nuestro Sanatorio. Escarmentados por lo ocurrido en las clínicas de Viena con la semilla de *Laverania malariae*, enviada equivocadamente por el Instituto de Medicina Tropical de Hamburgo y causante de varias

mueres en los enfermos inoculados con ella, tuvimos cuidado de comprobar microscópicamente que el parásito utilizado era el agente de la terciana y que no existía el de la fiebre tropical. Desarrollado el paludismo en el primer paciente inoculado, tomamos sangre de éste para inocular con ella otro enfermo, y así sucesivamente fuimos inoculando pacientes, pudiendo mantener nuestra semilla A por pases en serie, desde Septiembre de 1925 hasta Agosto de 1926, en que la infección se extinguió espontáneamente después de haber inoculado unos 40 casos y de haber experimentado cerca de 30 pases. En la fecha últimamente indicada tomamos sangre de otro caso de terciana espontánea, y previa la demostración de no existir en ella más que formas del ciclo esquizogónico del *Plasmodium vivax*, la usamos para la inoculación en serie, habiéndose conservado la semilla hasta el día de la fecha, inoculándose con ella más de 300 enfermos, sin que por eso haya perdido su vitalidad, aunque es sumamente sensible no solamente a la quinina, sino a cualquier antipirético, pues en algún enfermo se ha cortado la fiebre con sólo tomar una tableta de aspirina para aliviar una cefalea.

Después de varios pases pierdese las formas sexuales, y únicamente puede apreciarse el ciclo evolutivo endoglobular del *Plasmodium* hasta la liberación de los merozoitos. En las preparaciones teñidas por el método de Giemsa hallanse abundantes formas de trofozoitos, de figura anular, con reborde azulado, a veces grueso en el sitio opuesto a la implantación del grano cromático, que destaca en rojo intenso, simple o único la mayoría de las veces, y doble en algunas formas, con los dos granitos juntos o ligeramente separados. El parásito aparece único dentro de cada hematíe, encontrándose en la misma preparación anillos pequeños, formas jóvenes y anillos mayores más maduros y el consiguiente aumento de tamaño del hematíe. Las preparaciones muestran igualmente relativa abundancia de formas sucesivas de desarrollo del parásito, es decir, formas también endoglobulares; son las formas esquizontes que en el progresivo desarrollo darán formas en roseta muy designales que acabarán por partición en 14 a 16 merozoitos, que luego quedan libres en el plasma sanguíneo y abordan nuevos hematíes para proseguir el ciclo palúdico. Nunca hemos encontrado formas ajenas al tipo asexual del parásito, atribuyendo a tal ausencia de gametos la facilidad de la infección para yugularse con la quinina y también que no se hayan dado casos de paludismo espontáneo en los pacientes que conviven con los paludizados. De existir gametocitos, seguramente los hubiéramos hallado en la sangre periférica, pues los enfermos han sufrido diez y más accesos sin haber recibido dosis alguna de quinina.

Técnica de la inoculación.—Hemos utilizado el método de la inoculación directa de hombre a hombre, tomando sangre del sujeto donante para inyectársela al enfermo que queríamos tratar; pero tal técnica ofrece no pocas dificultades, especialmente en los enfermos agitados, y para evitarlas efectuamos diversos ensayos que nos condujeron a la siguiente técnica: Tomamos de 10 a 15 c. c. de sangre venosa en un frasco estéril que lleva unas perlititas de vidrio; desfibrínase la sangre rápidamente y de ella aspiramos con una jeringuilla 2 o 3 c. c. para la inoculación endovenosa, y de 5 a 8 c. c. para la intramuscular. La primera se practica en las venas del brazo, y la última en los músculos infraespinosos, con aguja larga, que movemos en varias direcciones para desgarrar pequeños vasos y facilitar así la llegada de los parásitos al torrente circulatorio. Nunca hemos tenido ocasión de lamentar los choques proteínicos que algunos autores temen con la inoculación endovenosa.

La vía de inoculación influye sobre el tiempo que dura la incubación, pero no sobre el curso ulterior del paludismo. Durante algún tiempo nos pareció observar que las inoculaciones intravenosas seguíanse muchas veces de terciana doble, mientras que las intramusculares producían terciana, pero luego hemos comprobado que el fenómeno es muy inconstante y debe estar subordinado a otras causas que la vía de inoculación. La fiebre en el individuo inoculado no siempre es del mismo tipo que en el donante, habiendo podido observar el curioso fenómeno de que en tres enfermos inoculados el mismo día con idéntica muestra de sangre y por vía endovenosa, ha presentado uno de ellos fiebre cotidiana doble (único caso en nuestras inoculaciones experimentales), otro fiebre terciana y en otro no prendió la inoculación.

Tenemos la precaución de tomar la sangre para inocular inmediatamente antes del escalofrío que inicia los accesos, o en el momento de comenzar éste último o en plena hipertermia, siempre con el fin de asegurar el éxito de la inoculación, aunque hemos visto que también resultan positivas las inoculaciones de sangre tomada en período apirético.

Reinoculación.—El deseo de mantener, acentuar o provocar la remisión del proceso psíquico nos ha llevado a la reinoculación del paludismo con cierta frecuencia. El fracaso de la reinoculación se observa aproximadamente en un 20 por 100 de los casos, sin sujetarse a reglas fijas, con la particularidad que después de varios fracasos es factible en algunos casos lograr que se desarrolle el paludismo.

Conservación de la «semilla» para su transporte.—Para conservar la sangre paludizada que enviamos a otras poblaciones seguimos dos métodos: al principio mezclábamos partes iguales de sangre y de solución de citrato de sosa al 0,5 por 100 con el objeto de evitar la coagulación de la sangre; el tubo se obturaba con un corcho recubierto de parafina y encima un capuchón de goma impermeabilizado. Los fracasos de inoculaciones hechas con esta mezcla son muy frecuentes, por lo cual la desechamos y actualmente preferimos desfibrinar mecánicamente mediante unas perlititas de cristal introducidas en el frasco de tapón esmerilado que usamos para los envíos. Los plasmodios han conservado su vitalidad en la sangre desfibrinada hasta cuarenta y ocho horas, lo que demuestra la inutilidad de los engorrosos métodos de conservación propuestos por Kauders.

Incubación.—El período de incubación del paludismo terapéutico prolongase, por término medio, de diez a catorce días, idénticamente que en el paludismo espontáneo. Este período de incubación es más corto si la inoculación se hace en las venas, habiéndose presentado algunas veces el primer acceso febril tres días después de la inoculación. La cantidad de sangre inyectada no influye en el éxito de la inoculación, ni en la duración de la incubación. Algunos autores han dicho que el período de incubación es más largo en los pacientes tratados intensamente con salvarsán, pero la práctica no siempre confirma tal aseveración, pues hemos visto inoculaciones positivas y breves incubaciones en enfermos recientemente salvarsanizados. En algunos inoculados se ha prolongado cerca de treinta días el período de incubación, sin que existiera causa visible de tal retardo.

Dieta del paciente a paludizar.—Durante el paludismo son tan frecuentes las complicaciones gastrointestinales que decidimos preparar los pacientes antes de la paludización mediante un régimen alimenticio apropiado que disminuyera las fermentaciones intestinales y el trabajo glandular. Prescribimos en consecuencia una alimentación a base de verduras, legumbres, farináceos, yemas de huevo, compotas, frutas, leche, disminuyendo la carne y pescado, que han de

ser frescos, régimen a que está sometido el paciente desde que se inocula hasta la presentación del primer acceso febril. El día de la inoculación tenemos por costumbre administrar un purgante salino (persiltina, por vía endovenosa o muscular, en caso necesario), por ser los dementes enfermos muy propensos al estreñimiento pertinaz, además de no preocuparse de una deposición cotidiana, la cual nosotros vigilamos para provocarla con un laxante o irrigación si el enfermo no obra espontáneamente.

Antes de inocular hemos investigado la presencia de albúmina o glucosa en la orina, cuya cantidad diaria medimos, pues la diabetes y las enfermedades renales constituyen contraindicaciones, aunque no absolutas, de la paludización.

Los días piréticos somos más rigurosos con la dieta; durante el período febril el paciente solamente recibe ponches de leche y yema, adicionados de alcohol en los adinámicos. Durante la fase apirética depende la alimentación del estado del tubo digestivo y del riñón, sin propasarnos del régimen indicado antes para el período que dura la incubación.

Pródromos del paludismo experimental.—Son muchos los pacientes que no experimentan molestia alguna, hasta que bruscamente sobreviene intenso escalofrío y consiguiente elevación de la temperatura. Es mucho más frecuente que uno o dos días antes del primer acceso típico acusen los enfermos malestar general, cansancio, inapetencia, sensación de frío y temperaturas inferiores a 38°,5 de duración no mayor de dos horas.

Tipos febriles.—En bastantes casos el curso de los accesos corresponde a los típicos de terciana, cuya elevación aumenta progresivamente, para llegar a su fastigio hacia el quinto o sexto acceso, y descender luego por grados, hasta que se obtiene un descenso brusco y definitivo mediante la quinina. Aunque el descenso suele ser paulatino, no son infrecuentes las intensificaciones espontáneas, como también se observa en algunos casos que la infección se extingue espontáneamente.

La regularidad del curso de la fiebre no es constante, siendo frecuentes las oscilaciones térmicas, bruscas y amplias, tanto que en un caso la temperatura sobrepasó en un mismo día 42°,3 y descendió por debajo de 35°, para ser al día siguiente de 39°,5. Es bastante frecuente que a partir del tercero o cuarto acceso febril la fiebre adopte el tipo de la terciana doble. Atribuímos la transformación de la terciana típica en doble a la existencia en la sangre de dos generaciones asincrónicas de parásitos. En uno de los enfermos pudo observarse una fiebre cotidiana doble, o sean dos accesos diarios, intercalándose entre ellos un período de apirexia completa, por lo cual, no puede hablarse de tipo febril subintrante. En algunos pacientes sobreviene fiebre continua al cabo de unos cuantos accesos, forma muy grave que suele conducir a la muerte por hiperpirexia. En algunos casos la fiebre es cotidiana desde el primer acceso febril; en otros es imposible elevarla por encima de los 38°,5, no obstante los recursos empleados. Anotaremos que la sangre tomada de un enfermo con temperaturas muy altas puede determinar en el inoculado siguiente temperaturas bajas, o fracasar la inoculación, pues estos fenómenos halláanse relacionados con condiciones individuales de inmunidad y defensa.

El escalofrío que inicia los accesos ofrece variable intensidad; en algunos pacientes no se anuncia la fiebre por temblor ni sensación de frío, y en cambio, regístrase una elevación térmica de 40 o más grados que se comprueba al tomar la temperatura por ser hora de ello. La duración del escalofrío oscila de veinte a sesenta minutos.

La hora de presentación de los accesos guarda en ciertos

casos bastante regularidad, anticipándose en dos horas al acceso anterior en los tipos de fiebre terciaria, y a la misma hora unos días y adelantados otros en los casos de terciana doble. Los accesos matutinos y nocturnos son algo más frecuentes que los vespertinos. La fiebre persiste por término medio de seis a doce horas, siendo excepcionales los casos de duración mayor o menor. En ciertos casos la fiebre se ha extinguido espontáneamente y se ha mantenido la apirexia durante unos días para presentarse nueva elevación térmica espontánea o estimulada por agentes proteínoterápicos.

Complicaciones.—La infección palúdica tolera perfectamente la inmensa mayoría de los paludizados, sin otra molestia que leves complicaciones, consistentes en náuseas, vómitos, ligera albuminuria, subictericia, hipotensión, taquicardia, agitación e insomnio. Es tan benigno el curso del paludismo terapéutico que los enfermos inoculados en buenas condiciones pueden hacer su vida normal, alimentarse en la forma antes dicha y pasear por la galería y jardín durante la apirexia.

En algunos casos que no exceden del 10 por 100 aparecen formas perniciosas. La fiebre continua de carácter mortal la hemos observado en tres o cuatro de nuestros enfermos; la temperatura se mantenía muy elevada e iba acompañada de vómitos, hematemesis, hipotensión, desfallecimiento del miocardio y postración general intensa.

El paludismo coleriforme o formas perniciosas gastrointestinales le hemos observado aproximadamente en el 15 por 100 de los paludizados, sin que hayamos observado más que excepcionalmente la perniciosa disenteriforme. Los desórdenes gastrointestinales son menos frecuentes e intensos cuando se guardan las precauciones dietéticas de que antes nos hemos ocupado. Las náuseas son muy molestas y frecuentes durante el escalofrío; los vómitos, al terminar éste y durante el acceso pirético. Tales vómitos suelen ser de moco coloreado por la bilis y se combaten bastante bien con agua carbónica, clorofórmica, etc. Las diarreas son muy profusas, llegándose en algunos casos a veinte y más deposiciones diarias, persistiendo hasta ocho y diez días después de cortada la infección.

Por parte del aparato respiratorio no son muchas las complicaciones, principalmente neumonías *a frigore*. La mesoartritis lútica que padecen muchos de los paralíticos paludizados exige cuidadosa vigilancia del corazón, por ser frecuente la presentación de hipotensión, taquicardia y colapsos. Con el objeto de evitar tan desagradables accidentes, tenemos por costumbre inyectar cada seis horas un compuesto alcanforado y administrar digitalina. El aumento del área de matidez del bazo se comprueba en casi todos los paludizados. Alguna vez hemos visto ligera albuminuria febril, siendo raras las complicaciones renales debidas al paludismo. Los estados de mal en el curso del paludismo terapéutico se han observado con bastante frecuencia en epilépticos, como se indica en el lugar correspondiente.

Es muy importante una complicación llamada síndrome de Gertsman, consistente en la presentación de alucinaciones e ideas delirantes de tipo esquizofrénico-paranoide que hemos observado en un 30 por 100 aproximadamente de los paludizados, pero que ha desaparecido constantemente al cabo de dos o tres meses. La frecuencia de la presentación del síndrome de Gertsman guarda una relación muy directa con los abusos alcohólicos.

Curso y terminación.—La eficacia terapéutica del paludismo no depende del número de accesos febriles que ha sufrido el enfermo, pues hemos tenido muy buenas remisiones con cuatro o cinco accesos, mientras 17 accesos no han ejercido influencia alguna sobre el estado psíquico del paciente.

Por regla general nuestros pacientes sufren de 6 a 10 accesos febriles. Durante la infección los inoculados pierden fuerzas, demácranse grandemente, pero en cuanto se corta la fiebre repónense con mucha rapidez y presenciamos una verdadera resurrección del paciente, quien por día gana de peso, llamando precisamente la atención su aspecto físico saludable.

La infección se corta fácilmente con quinina o neosalvarsán cuando se considera suficiente el número de accesos. Es tan sensible nuestra semilla que basta un gramo de clorhidrosulfato de quinina en dos dosis para cortar definitivamente el paludismo. En los neurosifilíticos que hacemos tratamiento específico, el arsénico asegura la muerte de la totalidad de los plasmodios.

Nota.—Nos ocupamos actualmente de la instalación de un vivero de anopheles que nos permita disponer en todo momento de semilla para la inoculación, pues con la inoculación directa del mosquito tiene la ventaja de ser rara la transformación de la fiebre terciaria en continua.

LA FIEBRE RECURRENTE

En conformidad con nuestro propósito de ser breves en la exposición de aquellas materias de que carezcamos de personal experiencia, diremos tan sólo algunas palabras sobre la inoculación de la fiebre recurrente como método nosoterápico propuesto por Flaut y Steiner con la intención de evitar ciertos inconvenientes de la paludización, además de tener en cuenta ciertos fenómenos biológicos. Muehlens considera justificada la recurrencia porque el espiroquete Duttoni tiene a su juicio una eficacia específica contra la demencia paralítica. Plant-Steiner y Weigandt-Kirschbaum suponen que los efectos de la fiebre recurrente deben-se a existir cierta afinidad entre los espiroquetes Duttoni y pálido, de modo que los anticuerpos que se producen contra el primero obran también contra el último y, por consiguiente, influenciarán la parálisis destruyendo su agente patógeno. Tal hipótesis fúndase en los fenómenos de transportación de la inmunidad que se observan en la tripanosomiasis, pues es sabido que la inmunidad adquirida contra un treponema vuelve al organismo más resistente contra la infección de otra especie. Para explicar la acción de la fiebre recurrente en la neurosifilis formulan Plant y Steiner otra hipótesis, partiendo de la teoría de Moldovan de que solamente el organismo vivo es capaz de imprimir a los arsenicales las necesarias modificaciones para que tengan una acción espiroquetocida. Ahora bien, los paralíticos y tabéticos carecen de la facultad de transformar los salvarsanes en unos cuerpos nocivos a los espiroquetes; la fiebre recurrente determinada por el Sp. Duttoni estimula funciones orgánicas que modifica el salvarsán inyectado en condiciones de que resulte eficaz contra las afecciones neurosifilíticas.

La inoculación efectúase tomando sangre del hombre enfermo o del ratón infectado que se mezcla con una solución anticoagulante y se inyecta por vía subcutánea o endovenosa. La duración del período de incubación depende del número de espiroquetes inoculados y no de la vía de inoculación, oscilando entre tres y doce días. La inoculación fracasa en ciertos individuos dotados de inmunidad natural. La enfermedad comienza por dolores en los miembros, intenso escalofrío y rápida hipotermia hasta de 40°. La fiebre se mantiene uno o varios días, descendiendo rápidamente con abundante sudoración, sosteniéndose la apirexia durante un período de tiempo que varía entre cuatro y diez días, pero que también puede prolongarse semanas. La elevación de la fiebre disminuye en cada acceso febril, hasta llegar a

extinguirse espontáneamente la infección después de tres a cinco accesos. La temperatura suele mantenerse alrededor de los 39°5. La enfermedad dura de diecinueve a treinta días, los síntomas generales y las complicaciones varían poco de los observados en el paludismo, pero en general son más benignos.

Del estudio de las numerosas estadísticas publicadas dedúcese que los resultados obtenidos con la recurrenterapia son inferiores a los logrados con la paludización, lo cual se debe, seguramente, a que las temperaturas determinadas por el espiroquete Duttoni no son tan elevadas como las provocadas por el plasmodio. Tiene, además, el inconveniente de que los casos graves resisten a toda medicación y que la fiebre recurrente africana confiere inmunidad y no pueden reinocularse los enfermos, unidos estos inconvenientes a la irregularidad de los accesos. Tales inconvenientes están compensados con ciertas ventajas, como son la larga duración del período apirético que permite al paciente recuperar fuerzas, la menor mortalidad de la infección y que la semilla pueda conservarse en animales de laboratorio.

Repetimos que carecemos de experiencia personal sobre la recurrenterapia, método que en último término debe reservarse para los casos en que fracasa la inoculación del paludismo, o donde no sea factible disponer de semilla para paludizar per carecer de enfermos para tratarlos en serie.

EL SODOKU

El sodoku es una enfermedad originaria del Japón que ofrece un cuadro clínico semejante al de la sífilis, causada por el *Spirocheta morsus muris*. Comienza por un chancro en el punto de la mordedura del ratón (animal propagador), acompañado de reacción ganglionar, generalizándose la espiroquetosis en el momento de penetrar el germen en la sangre. Aparece entonces en la piel un exantema que recuerda el sifilítico, y sobreviene fiebre de 40 y 41°, fiebre que puede adoptar el tipo intermitente, aunque también es continua en algunos casos. La temperatura desciende a la normal al cabo de algunas horas, para elevarse al día siguiente o al cabo de cuarenta y ocho horas. Tales accesos febriles extingüense espontáneamente, pero pueden persistir meses. Los arsenicales cortan la infección radicalmente. El espiroquete causante del sodoku puede entretenerse meses en animales de laboratorio, y el curso de la infección es muy benigno, circunstancias que tuvieron en cuenta Salomon y colaboradores al propugnar esta infección como agente piretoterápico. Pero no obstante tan evidentes ventajas, son muy escasos los trabajos publicados de sodokudización y los resultados no parecen ser muy concluyentes.

AGENTES LEUCOGÉNICOS

Entre los agentes piretógenos hay que incluir una serie de ellos que obran a beneficio de un mecanismo mixto, tanto por la leucogénesis que provocan y consiguiente reacción orgánica, como por la temperatura que originan.

Hemos de mencionar especialmente el *absceso de fijación* como un método de gran eficacia en el tratamiento de las enfermedades psíquicas, pudiendo considerarle de acción específica en la agitación y en algunas alucinosis esquizofrénicas. Nuestra actual experiencia está basada en más de 500 abscesos de fijación que se han practicado en nuestros servicios, obteniéndose una remisión de la intensidad del proceso en casi la totalidad de los casos de agitación. En los síndromes alucinatorios suele haber mejoría, pero los efectos no son tan constantes como en la agitación. El mayor inconveniente del absceso de fijación es la tremenda supuración que se produce cuando el absceso se ha practi-

cado con mala técnica y en región poco apropiada, como la cara externa del muslo por encima de la fascia. Nosotros practicamos el absceso en la región glútea, en el punto de elección de las inyecciones intramusculares, a gran profundidad; según la intensidad del proceso y el estado de nutrición del enfermo, inyectamos de $\frac{1}{2}$ a 2 c. c. de esencia de trementina. De producirse gran inflamación, la yugulamos con fomentos calientes, sin que jamás hayamos tenido que lamentar complicaciones desagradables; con el método que seguimos se incinden abscesos en el medio por ciento de los casos. La fiebre no suele pasar de 39°, manteniéndose generalmente por encima de 38° durante tres a ocho días; el dolor se tolera perfectamente y obliga al reposo en cama (que por otra parte necesitan estos enfermos); hemos comprobado aumento de la velocidad de sedimentación que sigue una curva paralela a la intensidad de la reacción general. En cuanto al mecanismo de acción, se hace intervenir más la leucogénesis y los efectos psicoterápicos que la acción de la temperatura, por lo cual no debemos incluir entre los piretoterápicos este agente terapéutico.

La inyección de determinada cantidad de nucleinato sódico se ha usado durante unos cuantos años contra las enfermedades mentales; pero en términos generales no se han confirmado las esperanzas de Donahat al propugnar el empleo de este medicamento.

AGENTES PROTEÍNICOS

Citaremos entre los métodos poco vulgarizados la inyección de leche en las venas (galactoterapia de Guiraud Sonn) y la inyección de peptonas (Konde, Hall y Gerly) a dosis suficientes para provocar un escalofrío y elevación térmica semejante al paludismo.

Se ha llamado *vacunoterapia* a la inyección endovenosa de vacunas específicas o polivalentes distintas a la enfermedad que se intenta tratar, método que debe sus efectos a la llegada al torrente circulatorio de proteínas heterólogas. De las muchas vacunas empleadas por los autores, nosotros hemos dado la preferencia a la antitífica T A B polivalente del Instituto Ibys. La vacuna antitífica Ibys es una emulsión de bacilos muertos por la acción del éter, conservados sin adición de antiséptico alguno y dosificados con exactitud al título de 200 millones de gérmenes por centímetro cúbico para la vacuna curativa y a 2.000 millones para la preventiva. Empezamos por dosis de 100 a 200 millones, que doblamos en cada inyección, separada de la anterior cuarenta y ocho horas. Según los casos hacemos dos o tres series de diez accesos, aunque es frecuente que se agoten los efectos de la vacuna al cabo de una serie de accesos febriles. Un tanteo dependiente de la práctica nos permite obtener casi con seguridad temperaturas alrededor de 40°; pero con las vacunas las temperaturas son muy irregulares y dependientes de condiciones de inmunidad y defensa. Las reacciones generales originadas por la vacuna suelen carecer de importancia. En casos sumamente raros observamos disnea, debilidad del pulso, lipotimias y vómitos. El herpes labial se presenta en los enfermos con buenas reacciones térmicas. Las vacunas sensibilizadas se han empleado por Menninger von Lerchenthal con el fin de asegurarse una buena elevación térmica, pues las vacunas corrientes del comercio suelen ser infieles. Actualmente nosotros tendemos a preparar vacunas sensibilizadas para prolongar las series de accesos, pero cuando solamente se quiere obtener diez a doce accesos es suficiente con las vacunas del comercio cuando se tiene alguna práctica en la dosificación. La vacuna antichancrosa conocida en el comercio con el nombre de «Dmelcos» la hemos empleado en unos cuan-

tos casos, habiendo observado que sus efectos se agotan muchas veces a la cuarta o quinta inyección y que produce sudores muy profusos que debilitan grandemente al enfermo.

El comercio se ha preocupado de proporcionar agentes pirogénos que ofrezcan cierta seguridad y sean inocuos. El primero en aparecer fué el saprovitán, en la actualidad desechado por ser peligroso. El pyrifér es una albúmina bacteriana procedente de una bacteria patógena del grupo coli que ha sido cultivada en leche. Las inyecciones son bicotidianas, intravenosas, comenzándose por 40 a 50 unidades para ascender a 6.000 o 6.500; en total 12 inyecciones. La temperatura puede llegar a 41° y se presenta precedida de un escalofrío al cabo de media hora. Entre las complicaciones observadas mencionaremos cefaleas, vómitos, dolores en las piernas e hiposistolia. Nosotros hemos tratado 25 casos aplicando la serie completa de 12 inyecciones habiendo observado como único accidente en un caso vómitos y tres racimos de vesículas de herpes en el labio inferior. Todos los enfermos han tolerado perfectamente la hiperpirexia; las temperaturas, muy constantes, por encima de 40°, pudiendo considerarse segura su eficacia pirogénica en el 80 por 100 de los casos. El efecto del agente pirogénico no se agota, aunque las temperaturas obtenidas con las últimas inyecciones suele descender hasta medio grado. Hemos empleado este agente en esquizofrénicos, tabéticos y en paráliticos en que ha sido imposible reinocular el paludismo o queríamos completar los efectos de éste con un agente de menor peligrosidad (1).

* *

De la precedente reseña que acabamos de hacer de los agentes pirogénos despréndese que no todos ellos tienen idénticas indicaciones, pues mientras en la parálisis general, por razón de su gravedad, podemos autorizar todos los métodos terapéuticos que ofrezcan perspectivas de alguna mejoría, aunque pongan en peligro la vida del enfermo, no sucede lo mismo en la esquizofrenia, afección susceptible de remisiones muy largas, de curso muy crónico y cuyo pronóstico dista mucho de ser mortal. Al estudiar en detalles las distintas enfermedades tributarias de la piroterapia nos ocuparemos de las indicaciones de cada agente pirogénico, según la enfermedad y el enfermo.

LA PIROTOTERAPIA EN LA NEUROSÍFILIS

Es sabido que hasta hace muy poco tiempo el clínico pronunciaba una sentencia de muerte con el diagnóstico de parálisis general, pronóstico mortal que en la actualidad ya no puede formularse tan rotundamente gracias precisamente a los efectos terapéuticos de la paludización. Es, en efecto, la demencia parálitica la enfermedad que más ha beneficiado de la piroterapia, principalmente de la paludización, que unida al tratamiento específico treponemocida logra verdaderos milagros terapéuticos.

Elección de agente pirogénico.—Puede actualmente formularse con suficiente base científica, clínica y experimental el siguiente aforismo: El diagnóstico de parálisis general obliga a la paludización inmediata del enfermo. Hemos de ver luego al discutir el mecanismo de acción del paludismo que la fiebre produce una serie de reacciones biológicas que impiden la vitalidad de los espiroquetes y que los tejidos meninges cerebrales experimentan alteraciones que favorecen el alivio de los síntomas patológicos. Tales reacciones biológicas

y transformaciones histológicas no son idénticas cuando la fiebre es producto de otras infecciones o de la inyección de vacunas y peptonas.

Otras ventajas de orden práctico encontramos en la paludización que nos hacen preferirla a otras infecciones. En primer término cede fácilmente a la administración de quinina, plasmoquina o arsenicales, sin el temor de una infección rebelde al tratamiento. La inoculación resulta positiva en la inmensa mayoría de los enfermos inoculados, la infección no confiere inmunidad y pueden reinocularse los enfermos en caso necesario; las temperaturas son muy altas; el período apirético es de un día o de horas, suficiente para que se reponga el enfermo, puede hacerse el tratamiento en muy pocos días y la mortalidad debida directamente al tratamiento no es muy elevada cuando se sientan perfectamente sus indicaciones. El principal inconveniente de la paludización reside en la dificultad de proporcionarse semilla. En los grandes establecimientos tal inconveniente hállase obviado tratando los enfermos en serie de modo que puede conservarse la semilla durante años, como nosotros hemos conservado nuestra semilla B desde el año 1926. Para los particulares se ha propuesto por Claude, en Francia, que se creen centros de paludización y que en éstos se traten los enfermos o se envíe semilla a los médicos que la soliciten. Creemos más práctico instalar viveros de anofeles y enviar éstos para practicar las inoculaciones, teniendo con ello además la ventaja de que la fiebre no se transformaría de terciaria en continua.

Resultados clínicos obtenidos.—La esterilización del demente paralítico constituye un ideal terapéutico perseguido hace muchos años sin que pueda decirse que se haya alcanzado. Los tratamientos contra la parálisis general, más que esterilizar al enfermo persiguen provocar y acentuar las remisiones espontáneas que suelen presentarse en la enfermedad. El terapeuta debe perseguir a todo trance la remisión, entendiéndola por tal la desaparición de los síntomas y la interrupción del curso de la enfermedad, produciéndose un período de latencia durante el cual las lesiones patológicas no se manifiestan por síntomas clínicos, gozando el enfermo de todas las ventajas de la salud. Habríamos llegado con la remisión indefinidamente mantenida a una curación práctica.

Actualmente carece de finalidad discutir si el número de remisiones provocadas por la paludización es superior a las presentadas espontáneamente y se mantienen durante mayor tiempo, pues la cuestión está perfectamente dilucidada después de los numerosos trabajos publicados. Hemos de dar, no obstante, algunas cifras que ilustren este trabajo.

La proporción de remisiones espontáneas observadas por los autores depende, como es natural, del concepto que tenga el observador de lo que es la remisión y también de la clase de enfermos observados, pues los paráliticos de los manicomios siempre están en período más avanzado que los que concurren a los ambulatorios. Por eso el porcentaje de remisiones espontáneas es muy bajo para unos autores y muy elevado para otros, como puede verse en el siguiente cuadro:

PORCENTAJE DE REMISIONES ESPONTÁNEAS

Tophof.....	30,0 por 100.
Hopp.....	15,8 —
Pleck.....	15,7 —
Gaupp.....	11,0 —
Schroeder.....	10,0 —
Dubel.....	13,6 —
Kraepelin.....	9,0 —
Cotton.....	4,0 —
Southard y Salomon.....	5,0 —

(1) Actualmente se usa una emulsión de azufre a dosis progresivas que produce buenas reacciones febriles.

Claro está que el número de remisiones espontáneas depende principalmente de la forma de la enfermedad, de modo que Meggendorfer las calcula en el 3 por 100 para la forma depresiva y en el 23 por 100 para la expansiva. De todas suertes demuestran las estadísticas que el porcentaje de remisiones espontáneas no se eleva en la parálisis por encima del 25 por 100 (el porcentaje de Topphoff refiérese a remisiones de muy breve duración).

Otro aspecto de la cuestión es el de duración de las remisiones espontáneas, que también es diferente según las estadísticas de los autores. Remisiones de muchos años de duración conocíanse antes de la era de la malarioterapia, precisamente producidas a consecuencia de procesos inflamatorios agudos; pero la inmensa mayoría de los parálisis fallecían en el segundo o tercer año de la enfermedad. Un gráfico muy demostrativo de Julius y Arndt indica que al cuarto año de enfermedad no llegan más del 12,6 por 100 de los parálisis. Para estudiar los efectos de la paludización elegimos de intento este cuarto año por remontarse nuestra experiencia a más de este período de tiempo y poder comparar resultados, pues el tratamiento será de tanta mayor eficacia cuanto mayor sea el número de enfermos que lleguen al cuarto año de enfermedad.

Para valorar los resultados clínicos de la paludización suelen calificarse las remisiones en tres grupos con arreglo a la clasificación de Weigandt: completas, sociales e incompletas. El número de casos paludizados en todos los países excede de diez millares y pasan de doscientas las estadísticas publicadas.

Ahora bien, más que estudiar los resultados obtenidos por los autores, interésanos un estudio crítico de los efectos que hayamos podido observar personalmente y que corroboren o contradigan la general experiencia.

Conviene, antes de entrar a discutir el problema de los resultados, que hagamos una advertencia previa de gran importancia. Los efectos del tratamiento son esencialmente diferentes en los períodos incipientes de la enfermedad y en los finales. La inmensa mayoría de nuestro material está constituido por enfermos recluidos en un manicomio, enviados al establecimiento cuando las familias han perdido toda esperanza de curación. Por eso no hemos logrado tan excelentes resultados como se ven en algunos autores. Ahora bien: cuando hemos tratado enfermos en período incipiente, el éxito ha sido rotundo y seguro en la totalidad de los casos. Hemos paludizado por encima de 200 parálisis desde que comenzamos nuestras experiencias, logrando los resultados siguientes:

	Número de casos.	REMISIONES DEL GRUPO				Fallecidos.
		A	B	C	D	
Casos incipientes.....	8	7	1	1	1	1
Casos poco avanzados..	20	6	8	2	3	1
Casos muy avanzados..	172	7	38	39	17	16
TOTAL....	200	20	46	42	75	17
		(10 %)	(23 %)	(21 %)	(37,5 %)	(8,5 %)

Remisiones del grupo A.—Los casos de este grupo han experimentado una remisión de los síntomas psíquicos y se reintegran a su profesión gozando de la integridad de las facultades mentales: son las remisiones que llama Weigandt «muy buenas con capacidad profesional anexa». En este

grupo tenemos enfermos de distintas profesiones (militares, negociantes, mecánicos, comerciantes, artesanos) que han vuelto a ellas en perfectas condiciones, sin que en el desempeño de su profesión ni en la conducta social se manifieste su enfermedad. No obstante, aconsejamos siempre a las familias que se aleje a estos pacientes de los puestos de responsabilidad e iniciativa. Los síntomas neurológicos no suelen remitir tan completamente como los psíquicos, aunque mejoran mucho y a veces desaparecen completamente la disartría y el temblor, persistiendo en cambio en la mayoría de los casos el Argyll y la exaltación de reflejos.

Un punto interesante sobre el que se han proyectado los esfuerzos de muchos investigadores es el estado de las reacciones del líquido cefalorraquídeo durante y después de la paludización. No podemos detallar estas infinitas investigaciones, resumidas principalmente en un trabajo de Kauders, y expondremos, en cambio, nuestra opinión personal basada en los casos que hemos tenido ocasión de observar. Dificultades de orden práctico han impedido efectuar una investigación sistemática y regular del líquido cefalorraquídeo en la totalidad de los enfermos tratados; pero en casos en que después de dos, tres y hasta cuatro años de tratados se ha hecho la raquicentesis, obtenemos en el líquido los más paradójicos resultados. Enfermos en que la remisión ha sido completa y se han reintegrado a su profesión, al cabo del año de aparente salud mental ofrecen en el líquido reacciones de idéntica intensidad que antes de la paludización; repetida la punción al año siguiente, los signos serológicos no mejoran, y en cambio se ha acentuado la remisión psíquica todavía más. En cambio, en un enfermo en remisión incompleta, que recae a los dos años de tratado, encontramos que todas las reacciones son negativas en sangre y en líquido, resultado que se confirma en otro laboratorio en donde no se tienen antecedentes del caso. En cierto número de enfermos hemos observado cierto paralelismo entre la mejoría y el estado de las reacciones del líquido cefalorraquídeo. El saneamiento total del líquido lo hemos comprobado en dos o tres enfermos remitidos social o totalmente. En términos generales las reacciones del líquido mejoran paralelamente con los síntomas cuando a continuación de la paludización se hace un intenso tratamiento específico y se repite la paludización o la piretoterapia en caso necesario.

Como ejemplo de remisiones completas transcribiremos un resumen de la historia clínica de nuestros casos más destacados:

L. B. V., militar, de treinta y cinco años. Infección primaria desconocida; sin tratamiento específico. Síntomas neurológicos clásicos (el temblor hace meses le impide escribir). Reacciones del líquido cefalorraquídeo intensamente positivas. Debilitación psíquica muy acentuada, con indiferencia y amnesia de fijación muy acentuada (ignora la calle y población en que vive). Paludizado en Abril de 1926; diez accesos febriles, tratamiento específico moderado. Desde el sexto acceso febril empieza a despertarse la inteligencia, recuperando especialmente la memoria, recobra la atención y la iniciativa; todavía algo desorientado alopsíquicamente. En meses sucesivos se acentúa la remisión, recobra por completo la iniciativa y la voluntad; soluciona con seguridad, algo lentamente, los problemas prácticos de la vida; encuentra relaciones de causalidad y finalidad; ha recuperado la autocritica. En Octubre de 1927 las reacciones del líquido cefalorraquídeo apenas han mejorado. El temblor y la disartría han desaparecido casi sin vestigio. El enfermo es cada día menos terco y más decidido e inteligente. Repaludización e intenso tratamiento específico en Octubre de 1928

por no estar completamente saneadas las reacciones del líquido. Recaída en Abril de 1929; poca atención, indiferencia, algo de confusión mental. Los síntomas se corrigen con un intenso tratamiento específico, vuelve una remisión completa que se mantiene hasta la fecha.

A. E., relojero, de cuarenta años. Afección primaria hace veinte años; el médico no dió importancia al chancro y no se sometió a tratamiento específico. Síntomas de excitación con agitación y delirio eróticoexpansivo que obligan a la reclusión sanatorial. Disartría, contracciones fibrilares, temblor. Desorientado, conducta pueril, monoideismo; amnesia de fijación muy acentuada, perseveración, ideas delirantes celosas. Líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Inoculado en Abril de 1927; 10 accesos por encima de 40°; durante el curso del paludismo se presenta síndrome alucinatorio de Gertsman. Poco a poco desaparecen las ideas delirantes y se inicia una franca remisión: se da cuenta de que padece una enfermedad, consecuencia de su antigua sífilis, se interesa por la vida de sociedad, juega al dominó, compone los relojes que le entregan otros enfermos. Desaparecen el temblor y casi la disartría. Salida del Sanatorio dos meses después completamente remitido. Recientes noticias de este enfermo (que continúa sometido a tratamiento específico) nos hacen saber que ha prosperado en su negocio de relojero y que gana su vida y la de su mujer y tres hijos.

J. G. H. es un soldado del Cuerpo de Inválidos, de treinta y seis años de edad, que contrajo su sífilis hace once años, habiéndose tratado con dos tandas de 914 y mercuriales. Los primeros síntomas comenzaron hace un año (se le observa en Octubre de 1926) por dolor de cabeza y pérdida de la memoria. Síntomas neurológicos patognomónicos acentuados. Desorientado y confuso, alucinado, ausencia de iniciativa y voluntad; es imposible una exploración psíquica por el estado del enfermo. Líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Inoculado en Noviembre de 1926: 10 accesos, hipertermia de 42° e hipertermias postaccidentales de 34°-5. Síndrome de Gerstmann con fonemas, alucinaciones visuales y de la cenestesia. Un mes después de la paludización la exploración mental da resultados satisfactorios, acentuándose la mejoría hasta la remisión completa, volviendo a su profesión de auxiliar de oficina en un Ayuntamiento rural. Se le prescribe un tratamiento específico. En Octubre de 1928 punción lumbar con negativación de todas las reacciones específicas del líquido cefalorraquídeo. Está colocado de portero y desempeña perfectamente su cometido.

Remisiones del grupo B.—En estas remisiones de capacidad profesional recupérase en menor grado que en las del grupo A., denominándolas sociales porque el enfermo puede vivir en su hogar y circular libremente en sociedad, restando un déficit psíquico residual que, aunque de grado ligero, impide que la remisión pueda calificarse de completa. La mejoría del síndrome neurológico y de los caracteres del líquido cefalorraquídeo es, aproximadamente, la del grupo anterior. Expondremos los siguientes casos como ejemplo:

N. P. O., escritor, casado, de treinta y nueve años. Se ignoran los antecedentes. Signos neurológicos clásicos. Locuaz, expansivo, medianamente orientado, inestabilidad de la atención, agitado. Líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Inoculado en Junio de 1926, sufre diez accesos febriles; al mes siguiente ha desaparecido la agitación, ha mejorado física y mentalmente. Se preocupa por la situación difícil que le ha creado su cesantía; todavía inquieto, irritable y locuaz. Alta en Agosto de 1926 en remisión incompleta. En Enero de 1927 ha publicado una novela que comenzó a redactar después de la paludización; continúa en su desti-

no burocrático. La mejoría (no parece estar sometido a tratamiento específico) se ha acentuado progresivamente, según noticias indirectas que recibimos: se ocupa activamente en sus negocios, y en Agosto de 1929 publica una novela que merece especiales comentarios y alabanzas de los más renombrados críticos literarios.

A. M. M., chofer, casado, de treinta y seis años. Sífilis después del matrimonio, la mujer cuatro abortos seguidos, tres hijos muertos en la lactancia. En Julio 1927 comienza la enfermedad por insomnio, cambio de carácter, euforia e ideas delirantes. Le observamos en Abril 1927: anisocoria, Argyll, marcha espástica, temblor fibrilar. Hipomaníaco con formaciones delirantes de tipo megalomático. Relativamente orientado. Memoria de fijación deficiente. Reacciones paráliticas en líquido cefalorraquídeo. Inoculado inmediatamente de su ingreso. En Junio de 1927 han desaparecido las concepciones delirantes, ha recobrado la memoria, hay conciencia de enfermedad, pide ocuparse en algo. En Julio muy franca mejoría, trabaja y solicita el alta para ayudar a su familia, que se le concede con la advertencia de que no está en condiciones de guiar automóviles. En 1928 se acentúa progresivamente la mejoría, se entretiene pintando muebles, animado, conducta social normal. Las noticias recientes es que está adaptado socialmente y se gana la vida.

C. D. G., jornalero, soltero, veintitrés años. Sífilis tratada con neo y bismuto. Comenzó la enfermedad por marcharse de casa y no saber decir donde había estado. En Mayo de 1917 síntomas neurológicos evidentes, líquido cefalorraquídeo con reacciones específicas dudosas, excepto la reacción Wassermann intensamente positiva. Se inocula en Mayo de 1927, sufriendo diez accesos de terciana; en Junio, episodio de excitación psicomotriz, sitiofobia, logorroea, agresivo; en Julio es malo el estado somático y hay que alimentarlo con sonda. Se presenta ahora un síndrome maniaco que cede en quince días. En Septiembre se alimenta bien y se repone rápidamente, el sueño es normal, muestra más interés hacia el medio y se pone bien en relación. En Octubre está orientado, consciente, coherente, con bastante memoria de fijación. Adaptado socialmente, recibe el alta en Enero de 1928, y continúa en su pueblo trabajando, con escasa iniciativa y espontaneidad.

Remisiones del grupo C.—Los enfermos de este grupo han mejorado en todos los aspectos, pero perduran evidentes signos de demencia parálitica que impiden el reintegro al libre ejercicio de la profesión. En lo que se refiere a su adaptación y conducta social, los resultados son muy diferentes. Siempre hay que contar con que son enfermos apáticos, malhumorados, irritables, caprichosos; pero no obstante estas reacciones distímicas, muchos de estos enfermos pueden reintegrarse a su hogar y conviven sin grave inconveniente con su familia. Pueden, desde luego, dedicarse a trabajos mecánicos fáciles, ayudar en algunos cometidos, pero no están en condiciones de ganarse su sustento. Nosotros los empleamos en el Sanatorio en el trabajo de la granja o en las faenas domésticas.

R. M. P., de treinta y dos años, padeció sífilis hace doce años, interrumpiendo el tratamiento al poco tiempo. Síndrome expansivo con líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Inoculado en Junio de 1926, sufre 13 accesos febriles, temperaturas extraordinariamente elevadas, iniciándose la mejoría al mes siguiente, encontrándole perfectamente orientado, ha recobrado la retentiva, ocupado en faenas agrícolas, permaneciendo de ordinario silencioso, sin restos de antiguas ideas delirantes. Estado demencial inalterable, bastante acentuado, que no mejora. Sin recaídas ni aumento de la mejoría.

V. F. A., de veintinueve años, ignorándose los antecedentes. Alucinosis, agitación, agresividad, líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Paludizado en Enero de 1927, sufre seis accesos, después de los cuales crece la agitación y el negativismo, por lo cual hay que interrumpir el tratamiento. En Marzo ha mejorado extraordinariamente el estado físico, goza de buen apetito, ha desaparecido el síndrome alucinatorio y delirante, está orientado, tiene consciencia de su enfermedad. En Octubre de 1927 se encuentra en su domicilio, no puede trabajar, conducta social buena: «menos chiquillo»; desde hace una temporada se orina en la cama. Con ligera mejoría continúa en igual estado.

J. B. P., oficial de Prisiones, casado, de veintinueve años. Sífilis hace ocho años tratada con salvarsán y bismuto, tratamiento que ha repetido casi todos los años. Ingresa en Junio de 1927 con síntomas neurológicos típicos, distraído, pueril, amnesia de fijación, desorientado, gran reducción del horizonte psíquico. Líquido cefalorraquídeo francamente paralítico. Paludizado en Agosto de 1927, los accesos típicos de terciaria. En Noviembre de 1927 ha mejorado notablemente, recobra la mejoría de fijación, mayor interés y actividad, se preocupa por la situación de la familia; manifiesta remisión de los acentuados síntomas neurológicos. Se le concede el alta y vuelve a su profesión. Recae en Marzo de 1928, se provoca nueva remisión con paludoterapia y vuelve al medio social, en el que actualmente se desenvuelve con manifiesta inferioridad psíquica.

Remisiones del grupo D.—En nuestro 37,5 por 100 de enfermos del grupo D están incluidos todos los fracasos del método, entendiéndose por tales la mejoría nula o insignificante, la pronta recaída, el progreso de la enfermedad o su estacionamiento en un grado incompatible con otra actividad que la vida vegetativa. Es natural que en nuestro material de enfermos muy avanzados el fracaso se aproxime a la mitad (43,5 por 100) de los enfermos tratados, pues su estado ofrecía en realidad muy escasas esperanzas de modificación. De todas suertes es un hecho notable que merece consignarse y tenerse en cuenta que aunque la enfermedad se estacione o progrese, el progreso es tan lento que la vida de estos enfermos se ha prolongado sensiblemente y los paralíticos mueren mucho tiempo después del cuarto año de enfermedad, en que según la estadística de Julius y Arndt solamente restan un 12 por 100 de paralíticos. El 70 por 100 de nuestros paludizados del año 1925 viven todavía, lo cual demuestra que la paludización prolonga la vida de estos enfermos al contener los progresos de la enfermedad.

V. E. D., de cuarenta y seis años, comerciante. Bien orientado, percepción y memoria buena, eufórico y expansivo. Líquido con reacciones paralíticas atenuadas. Inoculado en Septiembre de 1925, sufre siete accesos de terciaria. En los meses sucesivos mejora física y mentalmente. En Octubre de 1927 está en su casa, es retraído y malhumorado unas veces, jovial y alegre otras, tiene rarezas, no ha reanudado su actividad profesional. Actualmente, poco más o menos en igual estado.

S. M. C., militar (suboficial), de cuarenta años, casado. Chancro sífilítico hace veinte años. Imprecisamente orientado, locuaz sin pensamiento directriz, ideas incoherentes, pueriles, líquido paralítico. Inoculado en Octubre de 1925 se acentúa progresivamente una mejoría somática y psíquica. En 1928 falta de iniciativa y de espontaneidad, puerilidad, disminución de la retentiva, incapacidad profesional. Vive en igual estado.

Mortalidad del método.—La paludización de los paralíticos generales tiene una mortalidad en cierto modo elevada que en nuestra estadística es del 8,5 por 100. En nuestros

primeros ensayos de paludización la mortalidad era todavía mayor porque entonces paludizábamos todos los paralíticos sin tener en cuenta lo avanzado que estaba el proceso. En los paralíticos caquéticos avanzados, en los propensos a ictus y ataques paralíticos la paludización causa gran porcentaje de muertes sin que, por otra parte, haya que esperar nada del método por el grado de demencia a que han llegado. Actualmente una mejor selección de los casos, la investigación sistemática de albúmina y glucosa en la orina, la exploración minuciosa del aparato circulatorio han rebajado la mortalidad a cifras que no son muy exageradas y que desde luego son inferiores a las de ciertas intervenciones quirúrgicas que se hacen «a vida o muerte». La paludización hay que considerarla también como un método «a vida o muerte», pues es el único recurso con que contamos para contener una afección de pronóstico mortal y curso progresivo. Las muertes son debidas generalmente a colapso y parálisis bulbares. El colapso cardíaco es muy raro en nuestros enfermos por cuidar mucho el corazón, habiendo paludizado enfermos con lesión mitral descompensada que han tolerado el tratamiento. La bronconeumonía, la uremia y la anuria son complicaciones que con frecuencia determinan la muerte del enfermo.

Frecuencia de las recaídas.—Según una estadística de Tophoff, las remisiones espontáneas duran más de seis meses en el 30 por 100 de los casos, más de un año en el 16 por 100 y más de dos años en el 10 por 100; sería, por consiguiente, sumamente conveniente conocer la duración de las remisiones provocadas por la paludización. Hemos intentado un trabajo estadístico de esta naturaleza que nos ha sido imposible llevar a cabo porque los enfermos de nuestras clínicas que reciben el alta no se preocupan de hacernos saber noticias de ellos si alguna necesidad no les obliga. De aquí que tengamos que presentar cifras muy incompletas y aproximadas. La duración indefinida de la remisión alcanzada se observa más bien en las formas demenciales, donde al parecer predominan las lesiones degenerativas corticales sobre las meníngeas y vasculares. Las formas expansivas remiten perfectamente y ofrecen raras recaídas; pero las recaídas en estos enfermos suelen ser graves por consistir en ictus o ataques paralíticos que llevan pronto a la muerte. La duración de la remisión por espacio de un año la hemos observado en más de la mitad de los enfermos tratados y seguramente se acercaría esta cifra al 70 por 100 si pudiéramos efectuar con garantías de exactitud una investigación catamnésica. Un hecho que se observa algunas veces es que al cabo de tres o cuatro meses se produzca una recaída (especialmente si no se hace tratamiento específico), pero repaludizado el enfermo se presenta ahora una remisión que se prolonga mucho tiempo. Los casos de remisión de cuatro y cinco años de duración son frecuentes después de la paludización, pero hay que contar con una lenta progresión de la enfermedad si ésta ya estaba avanzada cuando se paludizó el enfermo.

¿Cómo obra el paludismo en la parálisis general?—Es imposible ocuparnos con la extensión debida del mecanismo de acción de la infección palúdica en la demencia paralítica. Las teorías que pretenden explicar los efectos de la paludización están orientadas en distinto sentido biológico, sin que ninguna de ellas resista todas las objeciones que se le pueden hacer. Repasaremos brevemente las teorías más vulgarizadas, pues de estudiar todas, solamente este párrafo habría de tener más extensión que la que nos parece natural conceder al presente trabajo.

Los partidarios de la existencia de un antagonismo vital directo entre el espiroquete y el plasmodio carecen de

El mejor apósito gástrico

KAOLINASE

Kaolín purificado en polvo fino muy adherente.

(La caja de 20 dosis de 10 gramos, 5 pesetas.)

SUPERIOR AL BISMUTO — 8 VECES MAS BARATO

PARA EL TRATAMIENTO DE TODAS LAS

Gastritis dolorosas.

(Hiperclorhidria, úlceras, fermentaciones, colitis, etc.)

ALIVIO INMEDIATO — INOCUIDAD ABSOLUTA

Muestras:

LABORATORIO TIÓ, Torrente de las Flores, 73. — BARCELONA

Tratamiento de la AEROFAGIA y sus consecuencias:

Insomnios.

Desórdenes cardíacos,
nerviosos y pulmonares

por los comprimidos de

aérophagyl

Posología: Un comprimido desleído en medio
vaso de agua entre las comidas.

En casos de crisis, dos comprimidos a la vez.
La mitad de las dosis para los niños.

Caja de 45 comprimidos, 6 pesetas.

Pidanse muestras a: **LABORATORIO TIO.**—Torrente de las Flores, 73.—BARCELONA

TRATAMIENTO ESPECÍFICO DEL
HIPOFUNCIONAMIENTO OVÁRICO

Hormovarine Byla

Foliculina Fisiológicamente Titulada

Adoptada por los Hospitales de París

Dismenorrea - Amenorrea - Menopáusia
Castración Quirúrgica - Esterilidad

En cajas de 6 ampollas de 1 cc. tituladas a 10 unidades de Foliculina

ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, Avenue de l'Observatoire, PARIS

Muestras y literaturas: GIMENEZ - SALINAS Y C.^a - Sagués. 2 y 4. - BARCELONA



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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

Preparado con especialidad farmacéutica por el **Dr. Francisco Mandri** en su Laboratorio, Prusich, 100, Barcelona

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL LAFAY

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

la suficiente comprobación experimental de tan seductora hipótesis, que hemos de desechar provisionalmente. Asimismo tampoco ha podido probarse que la fiebre elevada tenga la virtud de destruir el espiroquete como parece que desaparece o se amortigua su vitalidad en el chancro a la temperatura de 40° (Jahnel y Weichbrodt); en cambio Foerster ha encontrado treponemas abundantes en sustancia cerebral extraída por cerebropunción inmediatamente después del acceso febril. De otra parte, hemos observado, como lo han observado también otros autores, que con temperaturas moderadas se alcanzan en algunos casos excelentes remisiones, sin que por ello hayamos de despojar a la hiperpirexia de la importante participación que indudablemente tiene en la modificación favorable del proceso paralítico.

Scherber ha lanzado la idea que la fiebre palúdica moviliza el virus sífilítico, que de esta suerte se hace más accesible a los medicamentos espiroquetocidas. Puede comprobarse desde luego que todos los procesos febriles intercurrentes reactivan la reacción de fijación del complemento y empeoran los síntomas clínicos de la parálisis. Unidos estos fenómenos a la transformación de las lesiones cuaternarias en terciarias y secundarias y al hallazgo de gran cantidad de espiroquetas en el bazo y médula ósea después de la paludización, parece que hay pruebas suficientes de la pretendida movilización del virus sífilítico. En cambio, los partidarios de la dualidad del virus atribuyen los efectos de la fiebre a la transformación del virus de neurotropeo en dermatropeo, es decir, que el proceso se haría más benigno.

Los partidarios de atribuir la remisión a una destrucción del espiroquete por haber exaltado la fiebre el poder fagocítico de los leucocitos basan en las experiencias de Hoff y Silberstein sobre el contenido en bacteriotropinas en el suero y líquido cefalorraquídeo. Ciertamente es que en estos humores está aumentado el índice opsonico desde el primer acceso febril o, al menos, desde el tercero, pero para que el aumento del poder fagocítico tuviera eficacia en una infección tan resistente sería necesario que estuviera asociado a un aumento de la leucocitosis.

Ahora bien; si la leucocitosis preaccional es indiscutible, en cambio, Graham ha visto que el número de glóbulos blancos no excede de 10.000 en cualquiera de las fases pirética o apirética del paludismo, leucopenia que podría aducirse en contra de la teoría, si a pesar de ella pudiera estar estimulada la leucocitosis fagocitaria y, sobre todo, facilitada la digestión de los leucocitos gracias al incremento de opsoninas. Para gran número de clínicos la fiebre activa las funciones protoplasmáticas cerebrales y las fases de metabolismo histológico, arrojando al torrente circulatorio gran cantidad de proteínas, cuyos productos de desintegración producirían un efecto semejante al que determinan las proteínas heterólogas; estaríamos, por tanto, ante una modalidad de proteínoterapia. A esta acción se sumaría la de ciertas sustancias que producidas durante la convalecencia obrarían directamente sobre el proceso paralítico.

Mientras no se conozca el mecanismo inmunizante en el paludismo y en la sífilis, se ignorará cuál de estos factores prepondera en los efectos producidos. Es innegable que la fiebre palúdica provoca complejas reacciones biológicas que repercuten en la totalidad de los procesos orgánicos vitales. En efecto, Donahy y Heilig han podido confirmar que el coeficiente de aminoácidos está aumentado en la sangre y líquido cefalorraquídeo cuando existe desintegración de la sustancia albuminoide. Cuando un proceso pirético destruye proteínas en el seno de la sustancia nerviosa los productos de desintegración de ésta pasarán al líquido cefalorraquídeo y se hallará en éste un aumento del coeficiente de aminoácidos que, en cambio, permanecerá inalterable en la

sangre. Este fenómeno no puede explicarnos por sí solo la remisión del proceso paralítico, pero en seguida hemos de ver la importancia que tiene unido a otras reacciones biológicas.

A nuestro juicio tiene gran importancia que el paludismo terapéutico amortigüe hasta extinguir la reacción de las hemolisinas de Weil-Kafka en el líquido cefalorraquídeo. Es sabido que en la sangre de los paralíticos existe una hemolisina susceptible de extravasarse y pasar al tejido nervioso, hemolisinas que parecen ejercer una acción catalítica, produciendo fenómenos de lipoidosis que explican las lesiones de los elementos nerviosos y la hiperplasia de la microglía. Estas hemolisinas pasan al líquido cefalorraquídeo gracias a la permeabilidad patológica de los vasos cerebrales y la intensidad de sus reacciones está en relación directa con la del proceso paralítico.

Los fenómenos demostrativos de la modificación favorable de la desintegración y necrosis de las células ganglionares no son suficientes para explicar el mecanismo de acción del paludismo. Hay que suponer necesariamente que hay una modificación favorable de los procesos de inmunidad general, estando sobre todo aumentada la función antigénica. Ahora que unos autores creen que el aumento de tal función antigénica se despliega contra el espiroquete y otros autores piensan que se ha desarrollado contra el plasmodio, aunque secundariamente la aproveche el organismo contra el espiroquete.

Wagner von Jauregg ha defendido últimamente un mecanismo mixto, creyendo que la fiebre palúdica desempeña un doble papel en el tratamiento de la parálisis. Por un lado obra sobre la infección sífilítica en todas sus fases, al parecer por tener una acción específica, además de la proteínoterapia común. Pero el paludismo ejerce además una acción neurotrófica, hipótesis apoyada en las experiencias de Daneht y Heilig antes mencionadas. Han visto estos autores que en la fiebre provocada por proteínas y vacunas los aminoácidos están aumentados en la sangre e invariables en el líquido cefalorraquídeo; en cambio durante la fiebre palúdica ocurre el fenómeno inverso, y los aminoácidos están grandemente aumentados en el líquido cefalorraquídeo y sin variación en la sangre. Esto quiere decir que se han destruido proteínas del tejido nervioso a beneficio de una «reacción focal» que el paludismo produce en el cerebro paralítico. Tal reacción focal estaría caracterizada en primer término por acentuarse las lesiones infiltrativo-inflamatorias, reactivación seguida de una regresión de las lesiones mesodérmicas hasta constituirse el cuadro histológico de la parálisis estacionaria. La reactivación primitiva de las lesiones hiperplásico-inflamatorias sería muy útil por estimular el impulso de los tejidos necrosados a la regresión, transformando el proceso de la parálisis de tórpido en agudo, mientras que simultáneamente se activa la función fagocitaria local, tanto contra los espiroquetas atrincherados en el parénquima nervioso como contra los residuos de los tejidos regresionados. La reacción focal está probada en primer término por la intensidad de la reacción inflamatoria que Straussler ha descubierto en el cerebro de los paralíticos fallecidos en el curso de la paludización; en segundo lugar por las investigaciones experimentales de Wiechmann sobre la modificación de algunos componentes del líquido cefalorraquídeo, de las cuales deduce Monti que se ha producido una especie de revulsión local con movilización de los espiroquetas; y en último lugar por la resistencia a la negativación de la reacción de Wassermann en la sangre, mucho mayor que en el líquido cefalorraquídeo, demostrándose así la acción del paludismo sobre el sistema nervioso.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA (2)

LA SEXUALIDAD ENCADENADA. *Ejemplos y consejos*, por el Dr. César Juarros. Un tomo. 7 pesetas. 296 páginas. Editorial Mundo Latino.

Para nadie es un secreto el auge immoderado que han llegado a alcanzar, en la época presente, las perversiones del instinto sexual.

Encubrir tales anomalías hipócrita o cobardemente equi vale a rehuir la luz radiante y jocunda, única y consoladora, de donde puede llegar el remedio. Los que aplacan—penosa e incompletamente—su sed en cances turbios, acobardados por la vergüenza inconfesable de sus desvaríos, escépticos o pesimistas ante un modo de dicha que jamás gustaron, no osan alzar a ella los ojos; a los que, impúberes todavía, su midos en la vaguedad sin apremios de una ignorancia que dista mucho de ser absoluta, viven la vida risueña y descuidada de la niñez, se les escamotea como una revelación peligrosa.

Y, sin embargo, sólo volviendo al ejercicio asiduo y parsimonioso de la sexualidad normal—¡que no puede ser *impura*: porque ello obligaría a considerar cenagosas las fuentes sagradas de la maternidad!—; abandonándonos, con humildad confiada, en brazos del *sano y santo amor*, que ahinca y abreva sus raíces eternas en el misterioso palpitante de un instinto que no engaña nunca, cabe esperar el olvido de tanta amargura y tanta podredumbre.

¡Pero hasta el amor se ha desquiciado, ha perdido sus más puras esencias, con un sentido egoísta y absorbente, que debiera sonrojar al hombre! Nunca, como en esta hora intrincadísima y decadente, en la que pocos escapan a torturas de orden sexual, se hizo tan imperiosamente necesario placear a todos los vientos estas palabras fúlgidas y redentoras: «Amar no es exigir, sino dar. Amar no es imposición, sino ofrenda. Reconocimiento hacia quien nos trajo el amor. ¡El amor, que vale siempre más que el objeto amado!».

Perdidas en la prosa hechicera de *La sexualidad encadenada*, ellas resumen en cierto modo la intención aleccionadora de la obra. Obra originalísima (por su urdimbre y por su contenido), densa y alada a un tiempo mismo, en la que el Dr. César Juarros ha sabido paliar la cruda sinceridad necesaria con la melancolía de una piedad generosa, que todo lo disculpa y humaniza.

Todas las transgresiones, todos los caminos y recovecos del instinto genésico se analizan y comentan en este libro impar. El peligro de la ineludible parte técnica, que torna enfadosos en grado sumo otros breviaríos de idéntica orientación, se ha logrado aquí esquivar y diluir merced a una exposición rápida y concisa, plena de claridad, que se remata muy luego, dejando paso a un segundo apartado—*Escolios*—lleno de perspicaces observaciones y sugerencias interesantísimas. En él, el ensayista, el médico y el hombre, cargado de ciencia y experiencia en la vida y en los libros, pugnan por aventajarse.

Insértase por último «el relato patético de un caso absolutamente fidedigno», recogido en la ya dilatada práctica del insigne psiquiatra. Estos instructivos relatos que, o mucho me equivoco, o han de ser devorados con sostenida avidez) nos ofrecen, con su ameno perfume novelesco, la emoción sangrante de una vida hermana, que vió truncada su dicha por errores o ansiedades insatisfechas de amor.

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

A la manera de una compensación exquisita, puramente espiritual, y también para que el espíritu lector llegue a estos problemas ásperos dulcificado por una amable ternura, inclúyese, en el comienzo de cada capítulo, la descripción de interesantes lugares que el autor visitó en sus breves vacaciones de sucesivos veranos, mientras iba urdiendo éste y otros libros, en horas de reflexivo reposo, compatibles para él con la inquietud maravillosa de los viajes.

Entre estas memorias delicadísimas, llenas de fragancias y matices, que desvelan el fino artista que hay en César Juarros, destacan las consagradas a Brujas, la mística ciudad resignada, ungida oleosamente de silencio, enferma de silencio... Evocación admirable del burgo melancólico que un día cantara Rodembach, con el fervor adolorido de un apagado y manso acento, monótono, confidencial, sin altibajos, en el que parece haberse infiltrado la vaga claridad taciturna que se levanta de aquellos viejos canales.

Acaso las páginas más pulcras y sutiles, más agudamente logradas, en la vasta producción de nuestro escritor, sean éstas. Por eso hubiéramos preferido conocerlas señoreando otro lugar. No en un volumen agrio y triste—pese a los piadosos propósitos de su autor—donde hallan cabida todas las claudicaciones, todas las aberraciones de la pobre sexualidad humana, amordazada con frecuencia por innumerables angustias nacidas de «complexos» deterministas o ajenas incomprendiones.

S. BLANCO CICERÓN

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A. Nanta. LAS SEPTICEMIAS Y LAS ACCIONES A DISTANCIA DE LAS MICOSIS. SUS REACCIONES BIOLÓGICAS.—Comienza este interesante trabajo con la interrogación de si las micosis pueden pasar de un estadio dermatológico a una era visceral.

El modo de propagación de las micosis por continuidad obligaba a considerar las septicemias de este origen como excepcionales y propias solamente de las especies muy patógenas. El hemocultivo no ha sido positivo más que en un pequeño número de esporotricosis, actinomicosis y tricoftosis.

En el curso de las septicemias micósicas se pueden observar núcleos inflamatorios atípicos. Las septicemias graves pueden provocar sus manifestaciones en núcleos o a distancia. Pueden verse ciertos núcleos de actinomicosis, esporotricosis o aspergillosis, formando voluminosos tumores pseudosarcomatosos, casi desprovistos de parásitos a un exanen superficial. En estos micetomas las lesiones tóxicas se reducen a una hiperplasia conjuntiva con esclerosis de tipo variado.

En el curso de las septicemias crónicas, tales como las blastomicosis y actinomicosis, pueden verse núcleos inflamatorios atípicos a nivel del bazo.

Igualmente en las blastomicosis se encuentran hipertrofias inflamatorias de los ganglios.

En la meningitis producida por el «streptothrix» se puede observar una degeneración grasienta del hígado y de los riñones, al propio tiempo que una infiltración lipídica del bazo y lesiones pulmonares o pleurales de tipo supurado.

La esclerosis blastomicósica como la aspergillosis pulmonar esclerosa, actúan a veces como la tuberculosis pulmonar más benigna en sus núcleos primitivos. Existe una

evolución espontánea de estos núcleos de micosis hacia la esclerosis del tejido y la muerte de los parásitos.

En el curso de las tricoficias se han observado exantemas y aun casos más raros de eritemas nudosos, con localizaciones periarticulares reumatoideas.

En el curso de las blastomicosis se observa por lo general una leucocitosis acusada que está forzosamente en relación con la formación de núcleos supurados. Por el contrario, las formas esplenomegálicas pueden acompañarse de leucopenia. En dos casos ha sido señalada la eosinofilia.

La desviación de complemento ha sido a veces positiva con un antígeno alcohólico; la seroaglutinación es igualmente positiva en algunos casos, así como las cutirreacciones. Sin embargo, estas positividades no son específicas, tratándose únicamente de reacciones de grupo. (*Paris Medical*, tomo XXI, núm. 3).—DR. TOMÉ BONA.

Serdukoff. LA TRANSPLANTACIÓN DEL ÚTERO.—El problema de la transplantación de los diversos órganos de la generación en la mujer se desarrolla actualmente sobre un terreno firme en lo que concierne a los ovarios, las trompas y la formación de una vagina artificial. Se posee para la transplantación de estos órganos una técnica operatoria precisa que puede aplicar fácilmente un operador especializado, con resultados satisfactorios, en los casos de insuficiencia funcional de los ovarios, en los casos de impermeabilidad de las trompas y en los de ausencia de la vagina en los que se ha conseguido crear un órgano capaz de permitir las relaciones sexuales y la gestación si existe el útero.

Ante tales resultados, varios autores han ensayado también la transplantación del útero con el propósito de proporcionar a la mujer sus funciones más importantes (menstruación y gestación) en los casos de falta congénita del útero o de extirpación operatoria del mismo. Hasta ahora han sido muy numerosas las dificultades que se han presentado para la transplantación de un órgano tan complejo que se halla unido a los demás por numerosas anastomosis sanguíneas y nerviosas y por intermedio del tejido celular. Dificultades técnicas y dificultades biológicas que especialmente en lo que se refiere a la mujer, han hecho que el método carezca hasta ahora de valor real. Y, además, ¿se puede privar a una mujer de su útero para transplantársele a otra? Los pocos ensayos llevados a cabo han tenido lugar con úteros de mujeres que acababan de morir.

Es en cambio, fácil hacer la transplantación de ciertos tejidos del útero, como, por ejemplo, su tejido más importante, o sea la mucosa con sus glándulas. Estas transplantaciones pueden ser útiles en los casos de ausencia de la mucosa, ya sea congénita o debida a infecciones o a cauterizaciones, o raspados en los casos de abortos artificiales. El útero se atrofia también después de la extirpación de los ovarios y lo que primero se atrofia es el endometrio, lo cual explica la imposibilidad de hacer reaparecer las menstruaciones en estas mujeres con la transplantación de los ovarios.

El autor ha obtenido resultados excelentes con la transplantación de pequeños fragmentos de mucosa uterina en una mujer que había padecido una grave infección post-puerperal a consecuencia de la cual la cavidad uterina no presentaba más que una cicatricial; los ovarios funcionaban normalmente, pero la mujer sufría desde cinco años antes de cefaleas, epistaxis y amenorrea. Después de la operación las reglas reaparecieron, los fenómenos nerviosos cesaron y no se ha perdido la esperanza de una gestación en el porvenir.

La operación de transplantar la mucosa uterina no es complicada. Se incide el útero de manera que se le pue-

da abrir como un libro y, entonces, se introduce en sus paredes del interior pequeños fragmentos de la mucosa extirpada a otra mujer del mismo grupo sanguíneo. Estos fragmentos, o bien son suturados, o bien son introducidos en incisiones practicadas en el tejido muscular.

La mujer donadora no sufre con la operación ningún perjuicio grave, puesto que el endometrio está formando constantemente las glándulas que durante treinta y cinco a cuarenta y cinco años sirven de punto de partida a la formación de la nueva mucosa. (*Le Bulletin Medical*, número 54, 20 de Diciembre de 1930).—T. R. Y.

J. N. Roy. EL MÉTODO DE ELECCIÓN PARA LA CORRECCIÓN DE LA NARIZ CONVEXA.—En presencia de una nariz gibosa hay que practicar en primer lugar un examen completo de esta región. Si existe una desviación del tabique, una cresta o una rinitis hipertrófica, debe hacerse primeramente una resección submucosa, reseca la cresta o reducir el cornete inferior. Si la faringe esta afectada debe también ser tratada en consecuencia.

Se entretiene en algunas disquisiciones sobre el valor estético de las incisiones externas e internas, así como de los diferentes medios propuestos para la extirpación de las gibosidades; expone un caso muy interesante y termina su trabajo afirmando que el método de elección para la corrección de las narices convexas consiste:

- 1.º En practicar siempre la incisión por vía endonasal.
- 2.º En hacer la resección de la cresta ósea con la cizalla de doble bisel de Sheeman; y
- 3.º Finalmente, si hay que intervenir sobre la rama ascendente del maxilar superior para disminuir la longitud de la base de la pirámide nasal y evitar un aplanamiento del vértice, debemos servirnos de la sierra de Joseph. (*Revista Cub. de Of. y Oto.*, Junio 1931.)

A. Woernes. TRATAMIENTO DE LA HEMOFILIA.—Desde que los trabajos de Sahli demostraron que en la hemofilia estaba notablemente retardada y dificultada la coagulación de la sangre, todos los ensayos terapéuticos se dirigieron a utilizar los diversos medios que experimentalmente son capaces de acelerar o facilitar la formación del coágulo. El calcio, la gelatina, el suero sanguíneo, los jugos de tejidos, los preparados de tromboquinasa, se ensayaron por diversos clínicos y todos ellos demostraron su absoluta ineficacia.

Más tarde se preparó en España un remedio, la nateína, que contenía vitaminas A, B y C, fosfato de calcio y azúcar de leche. Su autor y algunos que lo ensayaron lo alabaron mucho y pronto fué empleado en Alemania, siendo varios los autores que aseguran haber obtenido positivos éxitos. El autor lo ensayó en una niña de ocho años con antecedentes hereditarios precisos (nada de herencia paterna y un hermano de la madre muerto de hemofilia), y en la que los síntomas clínicos y las pruebas de laboratorio hablaban en pro del diagnóstico de hemofilia clásica. La niña tomó diariamente 30 tabletas de nateína comprobándose que el tiempo de coagulación de la sangre paraba de 62 a 12-25 minutos, la hemoglobina aumentaba del 59 al 70 por 100 y se resorbían, aunque lentamente, unos derrames localizados en rodilla derecha, codo izquierdo y rodilla izquierda. Al cabo de tres semanas de tratamiento sólo persistía el último derrame, y el autor, creyendo dominada la situación, procedió a puncionarlo, extrayendo 80 gramos de sangre flúida. Bien pronto se convenció de su error, pues a los pocos días del derrame se había reproducido intensamente con fiebre y dolores vivos, derrame que persistió, no obstante la toma continuada de tabletas, y, lo que fué peor, un ligero trau-

matismo al removerse en la cama hizo que se produjera también el de la rodilla derecha, con lo que el cuadro clínico quedó igual que al principio, aunque el tiempo de coagulación de la sangre y la cantidad de hemoglobina persistieran mejorados en los diversos análisis practicados. Al cabo de tiempo, y después de haber ingerido 4 320 tabletas (que costaron 336 marcos oro), la niña seguía igual y los padres desistieron de continuar un tratamiento tan costoso como ineficaz. (*Munchener Med. Wochenschrift*. 1931, núm. 16.)—F. G. D.

M. Polonowski y P. Boulanger. LA AMONIURIA, TEST DEL EQUILIBRIO ÁCIDOBÁSICO Y DE LAS AFECCIONES RENALES.—El papel del riñón en la producción del amoniaco y la participación de esta síntesis en el mantenimiento del equilibrio ácido-básico, son dos hechos que parecen definitivamente adquiridos.

Los autores pretenden en el curso de este trabajo precisar las modalidades de eliminación amoniaca en el curso de las afecciones del riñón y las enseñanzas que de este hecho pueden deducirse sobre el estado funcional de este órgano.

Han estudiado la eliminación amoniaca en tres casos de lesión renal, dos nefritis y una nefrosis. La cantidad total de amoniaco eliminada era en todos ellos muy inferior a la media habitual. La disminución amoniúrica no estaba bajo la dependencia de la acidosis sanguínea, sino más bien en relación con la lesión renal.

Cuando se refiere a orinas separadas, la eliminación renal está siempre disminuida en el lado lesionado.

Estas investigaciones ponen en evidencia el trastorno precoz y pronunciado de la amonogénesis en las afecciones renales, trastorno tanto más intenso cuanto más profundas sean las lesiones parenquimatosas. La eliminación amoniaca debe, por lo tanto, ocupar un lugar importante entre los métodos de exploración del funcionamiento renal. (*Paris Medical*, tomo XXI, núm. 4).—JAMATOBO.

M. Joselevich. LA PRUEBA DE LA HIPERGLUCEMIA PROVOCADA EN LOS CARDÍACOS.—Hemos practicado la prueba de la hiperglucemia provocada en 32 enfermos del corazón. De estos 32 enfermos, uno no presentaba síntomas de insuficiencia cardíaca, 18 tenían una insuficiencia ventricular derecha, de las que cinco eran hiposistolias y 13 asistolias, y cinco tenían insuficiencia ventricular izquierda.

Las lesiones que habían originado la insuficiencia cardíaca eran de los tipos más diversos en cuanto a localización y etiología.

En ninguno de los casos existía glucosuria antes de la ingestión de la glucosa.

En ningún caso apareció glucosuria como consecuencia de la ingestión de glucosa.

La glucemia en ayunas era en todos los casos normal.

Solamente en dos la curva de glucemia era francamente anormal: en uno de ellos la reacción hiperglucémica apareció con retraso y persistía al finalizar la prueba, al cabo de tres horas de haber ingerido la glucosa; en el otro no se produjo prácticamente reacción.

En ambos casos existía congestión visceral acentuada y anasarca. Repetida la prueba cuando habían desaparecido estos síntomas, los resultados fueron normales. Atribuímos la producción de las curvas anormales al estasis circulatorio, que determinó un retardo y falta de absorción de la glucosa ingerida.

En el resto de los enfermos, muchos de ellos con un estado de asistolia semejante, la curva hiperglucémica no estaba modificada.

En algunos casos alcanzó altura muy elevada. No atribuímos el hecho a la insuficiencia cardíaca, porque se produjo en los casos más variados de dicha insuficiencia, y por otra parte, la cifra más elevada corresponde a un enfermo en eusistolia.

Nuestras observaciones no ponen en evidencia la insuficiencia hepática invocada por algunos autores.

La cantidad de glucosa administrada en ayunas para la investigación de la curva de glucemia ha sido siempre a razón de 2 gramos por kilo de peso teórico. (*La Semana Médica*, Buenos Aires, 23 de Abril de 1931, año XXXVIII, número 1.945, página 1.102).—M. A. C.

Nacionales

F. Lloret Gil. ALGUNAS NOTAS PARA EL CONOCIMIENTO DEL VÉRTIGO DE MENIERE.—Este proceso nos indica ya una alteración vestibular, órgano considerado por muchos como la exteriorización del sentido del equilibrio; lo descubrió Meniere en 1861 en un sujeto que de manera brusca le sobrevino un vértigo intenso, sordera, silbidos de oído, náuseas, vómitos, intenso sudor frío con palidez, pulso filiforme e inconstante; sobreviene caída al suelo, pero sin pérdida de conocimiento, al más pequeño movimiento de cabeza se exageran estos síntomas.

La duración oscila entre horas y días, no desapareciendo de manera brusca, sino lentamente, dejando como huella alguna sordera; en otros casos queda un estado vertiginoso que es lo que perturba el equilibrio.

En la etiología debemos contar con la hemorragia laberíntica, tumores, procesos tóxicos, lesiones localizadas en el oído medio e interno, neuritis del auditivo, etc.

Estudia la extensión de este síndrome según los conceptos de Lermoyez y otros.

Explica tres formas, una generalizada caracterizada por una sordera ósea y aérea; otra forma coclear en la que predominan los síntomas acústicos, y por fin otra vestibular en la que se acentúan los trastornos del equilibrio y no se aprecian síntomas acústicos.

Dentro de la forma vertiginosa distingue dos divisiones, una paroxística y otra continua; la primera tiene un comienzo poco intenso, agudeza auditiva disminuida, zumbidos y titubeos que preceden a los trastornos del equilibrio; durante el estado intercalar solamente mejora el equilibrio, si bien existe cierta irritabilidad de los conductos semicirculares, como lo demuestra la aparición de vértigos tras movimientos bruscos.

La explicación de estos fenómenos es atribuida a presión laberíntica, edemas, hidropesías, etc.

Considera que es de gran importancia el funcionalismo del sistema neurovegetativo, por cuanto una impresión, sea del orden que sea, que actúe sobre estos centros produce un desequilibrio vegetativo de carácter local o general que puede dar origen a trastornos vasomotores productores a la vez de alteraciones laberínticas.

Estudia algunos casos clínicos, entre ellos uno diagnosticado de vértigo del laberinto, en el que se intentaron diversos tratamientos con resultado nulo; sólo últimamente corrigiendo la hipotonía del vago y además con tónicos generales anodinos mejoró considerablemente, principalmente de sus accesos vertiginosos; en los demás subsistía la sordera.

Cree que el estudio del sistema vegetativo hará descifrar algo más el complejo síndrome de Meniere. (*Ars. Médica*, Barcelona, Noviembre 1930.)

SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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



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

Fabricación de Mobiliario para CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Oferta especial para los señores médicos.

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 88 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 38,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO

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



PIROQUINA PELLETIER (nombre patentado)

NOVISIMA MEDICACIÓN
PARA EL TRATAMIENTO
Y CURACIÓN DEL
PALUDISMO, GRIPPE
y todo proceso febril.

Caja de 24 sellos, 7,50 pesetas — Caja de 12 sellos, 4 pesetas.

Ayuntamiento de Madrid

En 1911 cesó de ejercer la Medicina y se retiró a West Kensington.

Siempre desplegó una gran actividad y estuvo al corriente de los progresos de la ciencia médica.

Su longevidad la atribuía a una salud perfecta, a sus costumbres regulares y a la cultura física.

Cuando cumplió los cien años trataba aún de continuar en lo posible sus ejercicios físicos diarios.

Lactofitina: reconstituyente infantil.

VIAJE AEROSTATICO

DE

FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

CAPRICHOS GERUNDIANO

en que se da cuenta de la expedición aérea que verificaron Fr. Gerundio y su lego en el globo de Mr. Arban, y en su compañía, la tarde del 15 de Noviembre de 1847 (1).

—Y aquí, mi amo—añadió Tirabeque—, no oiremos los largos discursos

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

de los diputados que empiezan a reunir se hoy, para decirse en medio de un mar de palabras que peores han sido los otros, y contestar estos otros el discurso de legua y media que peores son ellos.

A este diálogo siguió un intervalo de silencio. No puede darse una impresión más extraña que la que se siente al advertir que ya no llega a aquellas alturas

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

ningún género de ruidos, que hasta el murmullo lejano se ha apagado completamente. Aquel silencio es imponente y melancólico. Toda la naturaleza parece muerta. Nos contemplábamos como los únicos habitantes de un mundo vacío. Es triste aquella sensación.

Poco a poco nos fuimos animando a mirar hacia la tierra, y nuestras cabezas

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

se encontraron más firmes de lo que yo esperaba de mí lego y aun de mí mismo. Por un impulso natural dirigimos a un tiempo nuestra vista hacia Madrid, cuyas casas y edificios semejaban a lo lejos un grupo de cabañas pegadas unas con otras, pues no se distinguían calles

CARABANA: el mejor purgante.

ni plazas, y antojábaseme imposible a mí, Fr. Gerundio, que en tan humildes

(1) Véase el número anterior.

viviendas se abigara tanto orgullo humano. El Palacio real sobresalía algo

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

sobre las demás casas. Yo lo enseñaba a Tirabeque y no lo conocía.

—Mira más a Occidente... — le decía yo—. No, hombre, si miras al Norte... Allí en dirección de mi dedo... ¿No conoces al real Palacio?

—Señor, o yo tengo la vista muy turbada o ese palacio se ha cambiado

TREPONEMOL SÍFILIS

completamente, porque yo no le conozco.

—¿Cómo ha de haber cambiado el palacio, hombre?

—Yo le diré a usted, mi amo Fr. Gerundio; como allá interiormente ha habido tantos cambios de decoraciones de un tiempo a esta parte, y los hay todos los días, y no será extraño que lo encontremos más cambiado cuando baje

SARNA Cúrase con SULFURETO CABALLERO

mos de los aires, tampoco me maravillaré que hubiera habido alguna mudanza por la parte de fuera, porque de fuera vendrá quien de casa nos echará.

—¡Válganos Dios, Pelegrín, y cuán fuera de propósito echas los refranes cuando estás en el aire!

—Señor, aunque los digo en el aire,

ANTIPHLOGISTINE

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

acaso no los digo al aire. Y ahora, si el Sr. Arban me hace el favor de su ante ojo, voy a mirar una cosa.

Dióle Arban su anteojo y púsose a mirar Tirabeque hacia un sitio, al parecer con mucho interés y cuidado. De tiempo en tiempo, decía solamente:

—Posible es que sea uno de ellos.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

Lo cual me movió a preguntarle:

—Y bien, Pelegrín, ¿qué es lo que buscas con tanta solicitud, si se puede saber?

—No hay inconveniente, señor—me respondió—. Se me figuró haber visto volar un papel, y como estábamos hablando de la Real Casa, se me discurrió si sería alguno de esos 160 milloneros

de títulos del 3 por 100 que se expedieron por cuentas de atrasos; porque como había oído decir que en la tierra no parecía sino una parte, podía ser que los demás hubieran volado y anduvieran por los aires, en cuyo caso sería muy fácil que nos los tropezásemos por aquí y se nos viniera alguno a las manos, y no nos vendría mal para gastos del viaje.

(Continuará)

Urosolvina: eficaz antilítico.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Villaviciosa del Campo falleció el médico D. Tomás Río.

—En Granada, D. Celestino Carretero.

—En Ciudad Rodrigo, el prestigioso reputado médico D. Eduardo Yepes, yue llevaba cincuenta años de ejercicio.

—El Dr. D. Benjamín Melchor Bañe-

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

res fué víctima de un atentado en la terraza del Hotel Colón de Barcelona.

—Ha fallecido el médico de Arroyo del Puerco D. José de la Rosa Sánchez.

—En Soria ha fallecido el médico D. Pascual Santis Melendo.

—En Madrid, D. Justo Llorente Jiménez.

—En Pamplona, D. Regino Izturiz,

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

durante muchos años médico de partido.

—En Torrente de Cinca (Huesca), el joven titular D. Orencio Pacares Serrate.

—En Alarejos, el joven médico titular D. Segismundo Martín Alonso.

—A consecuencia de un accidente de automóvil falleció el médico de Casillscar D. Melchor Llosada.

ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

—En Salamanca falleció el industrial y médico D. Mariano Madruga Franco.

—En Fuente Encars (Valencia), el titular D. Andrés Tobar.

—El médico de Bilbao D. Lorenzo

Kelatox: Sedante atóxico.

Alonso falleció víctima de un accidente de automóvil.

Nuestro pésame a los familiares respectivos y mucha prudencia en la dirección de los automóviles.

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 (1)

Por excedencia, la de médico titular de Los Barrios (Cádiz), partido judicial de San Roque, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 6.739; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 259; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Segundo distrito.

Datos.—Villa a 11 kilómetros de la cabeza de partido y a 108 de la capital. Carretera. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Mediana de Aragón (Zaragoza), partido judicial de Pina, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.190; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 14; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 28 de la capital. La estación más próxima, Fuentes, a 10 kilómetros. Carretera.

—Por oposición, la de médico titular de Romanones y su anejo Armuña de Tajuña (Guadalajara), partido judicial de Pastrana, con el haber anual de 1.475 pesetas. Población de Romanones, 675 habitantes; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; Gaceta del 25 de Julio.

Datos.—Villa con Ayuntamiento a 27 kilómetros de la cabeza de partido y 26 de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—Por oposición, la de médico titular de Lloret de Mar (Gerona), partido judicial de Santa Coloma de Tarnés, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.008; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 25; Gaceta del 25 de Julio.

Datos.—Villa a 32 kilómetros de la capital y a 23 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Blanes, a 18 kilómetros. Carretera.

(Continúa en la página siguiente.)

(1) Norma 10. Las plazas vacantes serán solicitadas mediante instancia en papel de la clase correspondiente (en este caso de 8.ª), dirigida al presidente de la Corporación municipal que convoque el concurso, acompañada únicamente de la ficha de méritos.

Norma 11. La ficha de méritos será expedida por la Dirección general de Sanidad, etc.

N. de la R.—Para la obtención de la ficha envíese solicitud al Ministerio de la Gobernación, Negociado de inspectores municipales de Sanidad.

Para expedir la ficha de méritos es necesario que presenten, acompañando a la instancia, los méritos que posea el interesado, como son años de servicios, premios y concesiones, etc., así como naturaleza y fecha de nacimiento; por tanto, debe mandarlos documentalmente, o bien pedir a la Comisión del Escalafón una hoja de servicios, en la cual constan todos estos detalles.

Los derechos de expedición de la ficha solicitada son, 5 pesetas la primera y una peseta cada copia, y suelen tardarse a expedirlas unos dos días. Presentarlo en el segundo piso, Negociado Cementerios.



Hemorroides

Prescriba los Supositorios

Anusol-Goedecke

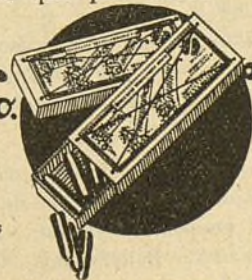
El Anusol-Goedecke reblandece las masas excrementicias endurecidas y hace posible una defecación agradable.

El Anusol-Goedecke calma rápidamente los dolores que tanto suelen molestar en estos casos.

El Anusol-Goedecke desinfecta, deseca y cura las superficies inflamadas, húmedas y supuradas.

El Anusol-Goedecke no es tóxico y no contiene ninguna substancia narcótica, pudiendo ser usado en todo momento, lo mismo por adultos que por niños.

Goedecke & Co.
Leipzig-S.3



Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

—Por jubilación, la de médico titular de Morales del Vino (Zamora), partido judicial de ídem, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.461; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 80; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 6 kilómetros de la capital. Carretera. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Cervillejo de la Cruz (Valladolid), partido judicial de Medina del Campo, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 399; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 21; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa, a 11 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 55 de la capital.

—Por defunción, la de médico titular de Alaejos (Valladolid), partido judicial de Nava del Rey, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.456; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 125; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 57 kilómetros de la capital y a 11 de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, Carretera y río.

—Por renuncia, la de médico titular de Olivares (Sevilla), partido judicial de Sanlúcar la Mayor, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.785; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 166; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 5 kilómetros de la cabeza de partido y a 17 de la capital. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Cieza (Santander), partido judicial de Torrelavega, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.058; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de méritos.

Datos.—Ayuntamiento a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 40 de la capital. Estación más próxima, Los Corrales, a 7 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Villanueva de las Algaídas (Málaga), partido judicial de Arquidona, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.774; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 250; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Ayuntamiento a 15 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Triacastela (Lugo), partido judicial de Becerreá, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.707; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 15 kilómetros de la cabeza de partido y a 35 de la capital. La estación más próxima, Sarriá, a 24 kilómetros. Carretera.

—Por defunción, la de médico titular de Casas de Reina (Badajoz), partido judicial de Llerena, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.200; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 5 kilómetros de la cabeza de partido y a 103 de la capital. Carretera. Río. Ferrocarril.

(Continúa en la página siguiente.)



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada
con ceraína.)

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

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

Laboratorios Ibero-Americanos PUY

CARNE VEGETAL

Es más alimenticia y digestible que la leche.

YODOS PUY

(SIN YODISMO)

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

HIVERICA

Tratamiento de la LITIASIS

Hígado. — Vejiga. — Riñones. — Cálculos.

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

YODASEPTOL: Medicamento de uso tópico para la terapéutica de las mucosas. Yodo, ácido tímico, Láudano, Yodhidrato potásico, en solución glicérica. Utilísimo en otorrinolaringología y ginecología (toques, tapones, gargarismos.)

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

Laboratorio LUNA PEREZ
LUCENA (CÓRDOBA)

Balneario de Carlos III TRILLO

Temporada de 1.º de Julio
— a 15 de Septiembre. —

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

Nervios. — Reuma. — Escrófula. — Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

no se inician las contracciones uterinas, se harán algunas tracciones que encajen más el balón. Si éste no baja es que está excesivamente lleno, lo que se corrige dejando salir 60 a 80 c. c. de agua. Si tras de ello las contracciones uterinas se hicieran muy enérgicas y demasiado frecuentes, se vuelve a inyectar una parte del líquido que se extrajo.

Cuando el balón está a punto de franquear por completo el orificio uterino, hay que distenderle al máximo para que produzca todo el efecto de que es capaz. Una vez que el balón ha salido a la vagina los esfuerzos de la mujer le expulsan rápidamente como si se tratase de un verdadero parto, rechazando hacia atrás el coxis y distendiendo el periné. Durante todo este período hay que prestar gran atención a la posición de la cabeza del feto. Si se encuentra inmediatamente por encima del estrecho superior se la mantiene en esta posición; si se encuentra más o menos alejada de él, se la vuelve al mismo. Las contracciones uterinas muy enérgicas pueden ser un obstáculo a esta exploración. En tal caso se tiene cuidado de proceder a un tacto inmediatamente después de la expulsión del balón y si la posición no es la conveniente se procederá a rectificar por medio de la versión por maniobras externas.

En la mayoría de los casos la cabeza del feto se encaja rápidamente tras de la expulsión del balón, y la expulsión de aquél se hace con la mayor rapidez. Las ventajas fundamentales del balón de Champetier consisten en que dilata el cuello del útero hasta el máximo; además provoca la iniciación del trabajo con seguridad casi absoluta, incluso en las mujeres múltiparas, en las que el útero ya es poco excitable.

El fin que se propuso el autor al crear este balón fué el de transformar la provocación del parto en una especie de parto gemelar, en el cual el primero de los fetos representado por el balón quedase reducido exclusivamente a la cabeza. Una vez que se ha expulsado queda el camino libre para el paso del segundo feto, por lo menos por lo que se refiere a los obstáculos que podrían poner las partes blandas. Tiene también inconvenientes el balón, pero son de



aproximan entre sí todo lo que el cuello permita. Entonces se aplica a las extremidades de los mangos, que se encuentran convenientemente encorvadas, un anillo de caucho que acompaña al aparato para este fin. Según se va distendiendo el cuello y se van aproximando entre sí los mangos de las ramas hay que aumentar los anillos de caucho o más bien fijar un grueso tubo de goma alrededor de dichos mangos. El separador tiene una acción mecánica que consiste en la separación de los labios del orificio por la tensión de los anillos de caucho. Tiene también una acción biológica, puesto que provoca de una manera refleja la contracción del útero por la presencia de sus ramas en contacto con la pared de éste. La dilatación se hace siguiendo una línea que se extiende de una rama a la otra.

Según va logrando su efecto, es decir, según se van aproximando entre sí los mangos de las ramas, lo que demuestra que se separan los otros extremos, la eficacia del aparato va siendo menor. Por eso es el momento de añadir la tercera rama si se prefirió no aplicarla desde un principio. Esta está construida de modo que pueda colocarse su cuchara a distinta altura que las de las otras dos para adaptarla a las necesidades de cada caso. Cuando los ganchos de los mangos a los que se sujetan los anillos de caucho se hallan muy próximos entre sí, por ejemplo, a la distancia de un centímetro, el aparato ya no es eficaz, y, por tanto, es preferible quitarle. Cuando este dilatador se maneja con prudencia da buenos resultados como tal dilatador; en cambio, como provocador de las contracciones uterinas es menos eficaz. Cuando el orificio se encuentra ya dilatado es inútil aplicarle.

La perforación de las membranas.—Es el procedimiento más primitivo de los que se han usado para provocar el parto prematuro. Este procedimiento tiene una indicación especial, que es el caso en que el útero se encuentra hiperdistendido por una cantidad excesiva de líquido amniótico y no puede comenzar a contraerse. Pero fuera de este caso no es un buen procedimiento. A pesar de todos los recursos que se quieren aplicar para reducir la pérdida de líquido

poca importancia y se pueden reducir a los mismos que amenazan al segundo feto en los partos gemelares. Como quiera que al colocar y llenar el balón se desplaza un poco el feto, cabe el peligro de la propulsión del cordón o de que aquél adquiriera una posición viciosa. No hay que exagerar la importancia de estos peligros, y lo corriente es que el resultado de la aplicación del balón sea favorable. Mas importante es que el balón no proporcione todo el efecto que está llamado a dar. A casi todos los tocólogos les ha sucedido al principio de su práctica que la enferma ha expulsado un balón lleno al máximo sin que el orificio interno del útero haya sufrido una dilatación suficiente. El fenómeno no se produce de este modo: Colocado el balón en su sitio y distendido hasta llenarle, las contracciones no se producen. Se va dejando salir líquido hasta que aparecen contracciones y el balón se empieza a expulsar, y entonces, creyendo el médico que se encuentra todavía por encima del orificio interno del cuello del útero, cuando en realidad se halla por debajo del mismo, le llena de nuevo por completo. Si el feto se presenta en posición correcta, este accidente no tiene trascendencia; pero si su posición es anómala puede contribuir a hacer imposible el encajamiento en la presentación de vértice. Las dimensiones del balón grande de Champetier son tales que solamente se puede aplicar en úteros a término, si fuere preciso emplearle en épocas anteriores del embarazo, habría que recurrir a otros modelos más pequeños, discurridos por el mismo autor, que tienen aproximadamente la misma forma y se manejan de igual modo.

El separador trivalvo de Tarnier se emplea para conseguir dilataciones en algunos casos de rigidez del cuello y en otros en los que el feto no apoya sobre el útero con la intensidad que debía. El aparato está discurrido principalmente para provocar la dilatación del cuello y se debe aplicar en el curso del parto, pero su presencia y su presión sobre el cuello pueden ser suficientes para iniciar el parto, y por eso lo describimos aquí.

El separador trivalvo de Tarnier consta de tres varillas

metálicas acodadas en su centro en ángulo obtuso. Las tres se articulan entre sí a nivel de este codo, pero sin cruzarse, de modo que cuando se aproximan entre sí por un extremo se separan por el opuesto. Están dispuestas de modo que se pueden utilizar dos de ellas solamente y, en efecto, en la mayoría de los casos solamente dos se emplean. Los extremos de las tres ramas que están destinados a introducirse en el útero están acodados en ángulo aproximadamente recto y tienen la forma de tres cucharillas con una superficie cóncava, que es la que se ha de adaptar a la cabeza del feto, y otra superficie convexa que ha de quedar en contacto con la pared del útero. Para aplicar el aparato no es necesario recurrir a la anestesia a no ser que se trate de una enferma especialmente pusilánime. Se hace un reconocimiento determinado del cuello del útero para determinar el diámetro según el cual se va a aplicar el aparato, por lo menos sus dos varillas primeras.

Una vez decidido este extremo se introduce el índice en forma de gancho en el cuello del útero y se levanta éste, deslizándolo la cuchara del separador entre la cara palmar del dedo y la pared del útero, al revés de lo que se hace en la aplicación del fórceps. Con la mano derecha se coge la rama que va a quedar a la izquierda de la mujer, y al revés, pero sin que quepa hablar aquí de rama derecha y rama izquierda del aparato, como sucede en el fórceps, puesto que las dos ramas se pueden colocar indistintamente a la derecha o a la izquierda. Importa que una vez que se ha colocado una rama la mantenga un ayudante, con gran cuidado de que no sufra desplazamientos. Colocadas las dos ramas, se articulan, lo que no es difícil, requiriendo solamente que se proceda con cuidado para que no se salgan de su sitio las ramas que ya estén colocadas. Terminada la articulación se reconoce de nuevo por medio del tacto la posición de las cucharas, y si se demostrase que alguna de ellas estaba mal puesta se extraería, previa desarticulación, para volverla a colocar convenientemente.

Cuando las dos ramas están articuladas se cogen los dos mangos, si puede ser con una mano, sino con las dos, y se

—Por renuncia, la de médico titular de Fines (Almería), partido judicial de Purchena, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.098; categoría, 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 80; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 10 kilómetros de la cabeza de partido. Carretera. Ferrocarril.

—Por renuncia, la de médico titular de Santa Coloma y sus anejos Castroviejo y Bezares (Logroño), partido judicial de Nájera, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 814; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia 2; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 15 de la capital. La estación más próxima, Cenicero, a 14 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Ezcacena del Campo (Huelva), partido judicial de La Palma, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.234; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 135; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. 300 pesetas por inspección de locales y escuelas.

Datos.—Villa a 58 kilómetros de la capital y a 16 de la cabeza de partido. Ferrocarril

—Por excedencia, la de médico titular de Rociana (Huelva), partido judicial de La Palma del Condado, con el haber anual de 2.400 pesetas. Población, 5.772; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 217; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 15 kilómetros de la cabeza de partido y a 40 de la capital. La estación más próxima Niebla, a 9 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Belinchón (Cuenca), partido judicial de Tarancón, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.246; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 6 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 74 de la capital. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Puerto Serrano (Cádiz), partido judicial de Olvera con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.908; categoría 3.ª; instancias hasta el 3 de Septiembre.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Primer distrito.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 26 kilómetros de la cabeza de partido y a 106 de la capital. Carretera; río Guadalete; ferrocarril.

Se ofrece médico para substituir a compañero durante el tiempo necesario. Dirigirse a D. Julián Inárritu, Zabaldi, 11, Bilbao.

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.

ALMORRANAS



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

ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1868.

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.

Ventas: Principales farmacias del mundo.

Correspondencia administrativa . .

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

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

D. Mario Juliá.—Pagado fin Diciembre 1931.

D. Pedro Trujillano.—Id.

D. Armando Barbosa.—Id.

D. Manuel Ruiz.—Id.

D. Enrique Cerdá y Pascual.—Id.

D. Crisanto Gil Mateo.—Id.

D. Higinio Paz Sardón.—Id. fin Junio 1932.

D. Pedro Parreño.—Id. fin Diciembre 1931.

D. Roberto de Castro.—Id.

D. Félix del Villar.—Id. fin Junio 1931.

D. Arturo Escudero.—Id. fin Diciembre 1931.

D. Lamberto Viñé López de Padilla.—Idem fin Junio 1932.

D. Ramón Abruña.—Id. fin Octubre 1931.

D. Baldomero Gómez Casas.—Id. fin Diciembre 1931.

(Se continuará.)

ECZEMAS AGUDOS Y CRÓNICOS. HEMORROIDES.
IMPÉTIGO. PÉNFIGO QUEMADURAS DE PRIMER
Y SEGUNDO GRADO. PRURITO. ÚLCERAS VARICOSAS

DERMOSA CUSI ANTICONGESTIVA CON TUMENOL

El tumenol, medicamento similar al ictiol, por ser
deseccante, reductor, calmante, q eratoplásti o y
completamente inocuo, desempeña un gran papel
en la práctica dermatológica.



LABORATORIOS DEL NORTE DE ESPAÑA

Director: J. CUSI, Farmacéutico. — MASNOU, Barcelona.

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

M u t a s á n

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO. Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan. — Unanimidad en la acción y en el criterio, por Manuel Martínez Saldaña. — Impresiones: Una gran lección del profesor Simonens, por R. León Regalado. — La propiedad científica, por el Dr. Ch. Fiesinger. Traducción de Marcelino Pastor. — Colegio Oficial de Médicos. Sección oficial. — Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid. — Crónicas. — Tutuía médica. — Por las Clínicas de Europa. — Vacantes. — Correspondencia. — Anuncios.

Boletín de la semana.

Sigue la actividad confusa. — Rumores, propósitos y otros excesos.

Continuamos en situación difícil, luchando entre proporcionar una exacta información a nuestros asiduos lectores respecto a las modificaciones, mejoras o errores en que se pueda incurrir, aun reconociendo el laudable propósito de introducir adelantos efectivos y estables en la Sanidad y en la enseñanza médica y la carencia de noticias y antecedentes verdaderamente fidedignos, provistos de la consistencia bastante para invitar al examen y a la crítica, como dignos de aplauso o preñados de peligros.

Lo que cabría llamar tablero político sanitario se encuentra hoy sobre la mesa constituido por todos los elementos que pudieran inspirar esperanzas de reformas trascendentales; pero la misma abundancia de tales elementos, por encontrarse ellos en un momento evolutivo en que quizás, sin que nadie pueda evitarlo se tropiezan y estorban, hace que el examinarlos ponga más temor en el ánimo del crítico que esperanza en el espíritu sediento del innovador.

Nuestros cuarenta y ocho legisladores especificados, en todos los cuales ponemos confianza y en muchos de ellos reconocemos capacidad, buen deseo y conocimiento bastante de los problemas sanitarios y docentes, no parece que ponen gran premura, por lo menos, en dar a conocer sus ideas, sus deseos y sus decisiones. Comprenderíase esto si ello fuera armónico con lo que en otros ramos de la Administración se hace. Y decimos que se comprendería, porque si los diputados sanitarios quieren ahondar verdaderamente para cimentar el edificio de sus sueños necesitan ante todo saber en qué terreno y con qué materiales les consentirá edificar la Constitución aún no nacida del futuro estado español. Esto es verdad; pero no se nos negará que lo es también que en casos hechos y organizaciones análogas no se guardan por todos los ministros tan escrupulosos respetos.

Todos sabemos desde hace dos meses mal con-

tados que algún ministro ha ofrecido a fecha fija construir los edificios, proveerlos de personal y lanzarlos a la vida nacional para 27.000 escuelas. Los inconvenientes económicos, técnicos y materiales con que esto se presenta a todo el que no esté dominado por una fiebre de incipiente innovadora, son claros como la luz del medio día y, sin embargo, la promesa está hecha, los apetitos despertados, los aplausos prevenidos; no falta más que el dinero para la construcción de los 27.000 edificios, el reconocimiento de la aptitud de los elementos docentes y la certeza (y quizá éste sea el mayor de los obstáculos) del espíritu público que ayude y colabore al cumplimiento de idea tan halagüeña.

Si dificultades hay para establecer como función garantida por el Estado la Sanidad y la asistencia pública; si deficiencias materiales, económicas y cronológicas se oponen y se han esgrimido siempre para el establecimiento firme y permanente de la Beneficencia y de la Sanidad, nadie podrá negar que también existen para la Instrucción pública en su aspecto más análogo con el de las profesiones médicas. ¿Cómo se comprende, pues, el arresto entusiasta y repetidamente formulado por un ministro contrastando con el prudente silencio de otro a quien tantas obligaciones deberían incitar para dar muestras de una energía y actividad por tantos modos justificada?

A nuestro juicio, los cuarenta y ocho diputados sanitarios tendrían ahora una ocasión pública y solemne en el Parlamento para exigir declaraciones o provocar modestos atisbos acerca de propósitos que pudieran reflejarse en el proyecto *non nato* de Constitución.

Pero dejemos esto a un lado, pues no nos gusta ocuparnos sino en asuntos que nos sean siquiera medianamente conocidos, y procuremos hablar de lo que se trasluce, ya que ni siquiera se transparenta, de las reformas gubernativas, puesto que las legislativas se encuentran aún en la mente del Supremo Hacedor.

Por los círculos médicos ha corrido estos días como autorizada la noticia de que la Dirección general de Sanidad abriga como uno de sus primeros propósitos el de hacer incompatibles entre sí y con

todos los demás cargos de la Administración pública los desempeñados por los funcionarios de ella dependientes. Desde luego, como en todas las cosas humanas, y más que en ningunas otras en las teoricoadministrativas, la idea (que sólo como rumor acogemos) tiene mucho de bueno, pero más de impracticable. Lo bueno, teóricamente juzgado y doctrinalmente expuesto, ofrece dos aspectos que provocan al aplauso. Es el primero de ellos el que un funcionario que por el imperfecto sistema de las oposiciones o por el más deplorable del favoritismo tenga con carácter permanente dos cargos de categoría distinta y aun de función opuesta, pueda, sin inclinarse a la injusticia y a las dificultades prácticas de desempeño, olvidarse en uno de estos destinos de su carácter de funcionario en el otro. No ha ocurrido esto ciertamente hasta fecha relativamente próxima, en la que la ley de Presupuestos, por una parte, hacía imposible la percepción de emolumentos simultáneos, y por otra parte, las organizaciones evidentemente imperfectas en otros sentidos, pero perfectas en éste, vedaban a los funcionarios el ser a un mismo tiempo catedráticos, inspectores, médicos municipales, médicos provinciales, etc., etc., encontrando lógica la simultaneidad de la función y de la remuneración, aunque la realidad demostrara que todo sucedía y sucede a expensas de la posibilidad del desempeño. Esto último era por lo visto lo menos importante. Salvado el carácter de sueldo, remuneración, gratificación, comisión retribuida o dieta, casos hemos conocido de individuos que aun en el escaso peculio de nuestra Sanidad y nuestra Enseñanza han podido desempeñar como titulares en una provincia del Norte cargos de instituciones centrales en esta codiciada villa de Madrid, centro de todos los apetitos e imán de todas las atracciones.

Oliamos las alusiones personales; pero es difícil esquivarlas cuando de ciertas cuestiones se trata, y como es de creer que nuestros lectores no padecen de amnesia y los hechos no son tan lejanos para justificar su olvido, a la buena memoria de todos acudimos para confirmar nuestra aseveración en este sentido.

No se olvide el argumento, más de mesa de bar que de Consejo consultivo, que se formula defendiendo a los que de tales abusos han vivido y viven, cual es el decir que han obtenido los diversos cargos que ejercen mediante una oposición u otro procedimiento que abusando de la elasticidad de los cuerpos (y de las almas) se asemeja a ella con más o menos veracidad. Si en el proyecto de que se habla se evitan estos funestos antecedentes, nadie podrá censurarlos; pero la cosa no es tan sencilla como parece, y al ir a la limitación del concepto de

la incompatibilidad, encontrará el ministro o el director que aborde la reforma tal número de dificultades (aun apartando los compromisos) y tal posibilidad de injusticia en muchos casos, que tenemos la certeza de que ha de detenerse su mano antes de firmar la disposición que con apariencia de plausible y conveniente se impone a primera vista.

No hay caso alguno de incompatibilidad que no sea digno de reflexión antes de legislar sobre él: abusos hay muchos, y quizás, aunque parezca mentira, quepan más; pero injusticias también caben muchas, y éstas deben evitarse aun a costa de indulgencias que pueden imponerse al legislador más austero.

El palo de ciego es un procedimiento de dirección y apoyo para el que no tiene vista; pero también es un arma agresiva que más tarde o más temprano se vuelve contra el que de ella se sirvió por impulsión, poco reflexivo.

DECIO CARLAN

Unanimidad en la acción y en el criterio.

Entre las clases sanitarias, y muy particularmente entre la médica rural, más que otra alguna necesitada de presentarse ante la consideración pública unida y capacitada para llevar a todos los ánimos el íntimo convencimiento de la justicia en que inspiran los angustiados anhelos de redención tanto tiempo ha infructuosamente expuestos y reclamados, con satisfacción no escasa contemplamos en la actualidad el potente resurgir de la activa compenetración de aspiraciones que tanto echábamos de menos, y siempre consideramos como básica y fundamental condicional sin la cual jamás veríamos reconocidos y sancionados legalmente los indiscutibles derechos por que propugnamos.

Persuadidos de que éstos hubieran sido ya acogidos y satisfechos por los altos poderes del Estado al no andar por medio las obstaculizadoras malas artes del ya fenecido caciquismo tradicional, y el desvaído e inconstante valor cívico de que nuestros directivos han dado repetidas muestras esparciendo y dejando en tanto adormecidos a los momentáneos movimientos convulsivos que a nuestras Asambleas subsegúan, por el breve tiempo empleado en volverlas la espalda, debiendo estar siempre latentes.

Afortunadamente, al anterior estado de cosas han sucedido: la unanimidad de acción y de criterio que en incesante propaganda venimos recomendando como de necesidad imprescindible; el febril anhelo reconstructivo que al Gobierno actual y a todas clases sociales y organizaciones impulsan; la estrecha cohesión que entre dirigentes y dirigidos sanitarios ante nuestros ojos de una manera ostensible va operándose, y las gratas predisposiciones a nuestro favor transparentadas por las prestigiosas personalidades llamadas en día no muy lejano a proponer y facilitar las soluciones por que abnegada y pacientemente venimos suspirando..., todo lo cual hace suponer que la feliz hora de nuestra redención se aproxima. Así sea.

* *

Jarabe de FELLOWS

SU COMPOSICION

síntesis de alimentos minerales y de agentes sinérgicos.

SU DOSIS

de una a dos cucharaditas después de las comidas.

SU EFICACIA

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



ATONIA

DEBILIDAD

CONVALECENCIA

DESMINERALIZACION

FELLOWS MEDICAL MFG. CO., INC.

26 Christopher Street,

New York City, E. U. A.

*Muestras a
solicitud*

LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAINÉ ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes fisico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES

Insuficiencia del corazón izquierdo;
Insuficiencia ventricular derecha;
Aritmias y Taquicardias.

FORMAS

Solución. A cuatro por mil.

Solubaine. Solución al milésimo.

Comprimidos. A 1/4 de miligramo.

Ampollas. Al 1/4 de miligramo para inyecciones intravenosas.

Ampollas. Al 1/2 miligramo para inyecciones intramusculares.

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

DRAEGER

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES
USO: Casos agudos: Una cucharada grande,
diluído en agua, cada dos horas.

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET

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

DELBIASE

Comprimidos de Sales halógenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACIÓN
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES:

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

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

Muestra y Literatura: A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 28, REUS (Tarragona).

Una nota (a nuestro juicio incongruente, que desde luego quisiéramos ver pronto rectificada) ha venido a producir en nuestro optimismo el deplorable efecto que nos causaría una inesperada ducha de agua fría. Nos referimos a la nota oficiosa con que el Consejo de Sanidad da cuenta de la sesión en que fueron designadas varias ponencias, a las que como contera añade la siguiente declaración: «Se acordó dejar la ponencia de Organización de la Sanidad municipal, provincial y regional para cuando se sepa la estructura que tendrá España, pues se corre el riesgo adelantándose de hacer un trabajo inútil.»

¿Puede darse decisión más contrapuesta a la que había el derecho de esperar del más alto Cuerpo consultivo sanitario de la nación, que por las mismas razones que invoca ha debido adelantarse a confeccionar una ley modelo de perfecciones y previsiones ante la cual el más apasionado y propenso a la superación no hubiera tenido más remedio que rendirse?

Por lo que se ve, prefiere esperar a recoger del arroyo el pingajo o pingajos que llenos de zurcidos y remiendos le vengan a las manos para recomponerlos, que no poner en práctica el adagio de que *el que da por adelantado da dos veces*.

¡Qué lamentable ceguera y desorientación!

MANUEL MARTINEZ SALDISE

IMPRESIONES

Una gran lección del profesor Simonena.

Hemos recibido para el Colegio de Huérfanos de Médicos 899 pesetas, enviadas en nombre de sus compañeros de quinto curso de Medicina por los futuros médicos Roldán, Unzaga y Abelli.

Los alumnos de Patología y Clínica Médica, cátedra titular del Dr. Simonena, pretendían hacerle un obsequio que le recordase el último año de su labor docente; pero el catedrático, substrayéndose a la simpática emoción y legítimo orgullo que habría de proporcionarle el recuerdo de afecto y gratitud de sus hijos espirituales, aconseja enviar el producto de la suscripción a los hijos huérfanos de nuestros finados compañeros.

Magistral lección, generoso desprendimiento, plausible modestia, dolorosa privación, pauta ejemplar.

Para seguir enseñanza de tal fuste y altura hacen falta grandes condiciones. Esperemos que para nuestros futuros compañeros los alumnos de quinto año no sea lección perdida y resulte de recuerdo perenne e incitadora imitación y asimismo para todos los que tengan noticias de ella.

Y aunque ocurra lo que en la parábola del sembrador, que una parte de la buena semilla caiga sobre la roca y se agoste por falta de humedad, y a otra porción la ahoguen las espinas, y una tercera parte sea pisoteada y comida por las aves, la cuarta restante dará ciento por uno en fruto de amor y fraternidad para los retoños de nuestros compañeros vencidos en la lucha por la existencia.

R. LOBO REGIDOR

LA PROPIEDAD CIENTIFICA

POR EL

DR. CH. FIESSINGER

Venia sosteniéndose que la propiedad científica no fué adquirida por los investigadores del laboratorio, y con este motivo, el martes último, en la Academia de Medicina de París, la señora Curie protestó ante el mantenimiento de semejante injusticia. Pero la reforma que dicha señora preconiza no puede dejar de ser aplaudida por todos los médicos. No se reduce a un cambio más o menos equitativo que resuelva todas las dificultades, sino que pretende disminuirlas de tal modo, que bien puede suprimir algunos de los desperfectos más notables y de los abusos más odiosos.

Por ejemplo, hace algunos años que un profesor del Instituto Pasteur, uno de los sabios más eminentes de nuestro tiempo, descubrió las maravillosas propiedades del bismuto en la avarioris. El remedio necesitaba ser inyectado por la vía epidérmica. Seis meses más tarde, cuarenta y ocho especialistas en farmacia se disputaban la posesión del producto sin que ninguno de ellos hubiese solicitado la autorización del inventor. Los industriales hacen sus negocios aun cuando el iniciador de la industria no haya sido consultado. Contra una explotación semejante, una ley acerca de la propiedad científica se consideraría por todos como medida equitativa, puesto que no redundaría solamente en beneficio de los interesados, sino que alcanzaría también a los laboratorios que tienen necesidad de lo más preciso y se están debilitando con su desnudez.

El médico, por su parte, se interesa menos por el laboratorio. Porque las innovaciones o los perfeccionamientos que lleva a un medicamento o a un método reglamentado le bastan a satisfacer sus deseos. El médico no aspira a otra cosa que a la curación de sus enfermos por procedimientos cada vez mejores. Cuando ha descubierto alguno de estos procedimientos o ha encontrado algún indicio para hacerle más factible en seguida le da a conocer en un periódico científico o en una comunicación académica. Su método, que tenía muchas probabilidades de mejorar se trabajando sobre él con empeño, al darse a conocer al mundo médico cuando está aún en embrión no resiste al primer golpe que recibe de quienes le combaten y entierran quizá para siempre. En pocos minutos sus críticos se consideran suficientemente capacitados en aquello que a él le había costado muchos meses de meditación pausada y lo que su iniciativa le había permitido conducir a buen fin.

En Medicina no es precisa y únicamente el dinero lo que busca el investigador. El principal aguijón que impulsa su esfuerzo es el amor al trabajo; si la fácil notoriedad adquirida no se ve de pronto nublada por la competencia de un recién llegado, quien sin haber expuesto nada procure empujarle la gloria, se sentirá sumamente feliz. Porque lo lamentable es tener que reconocer que haya hombres de ciencia que se mantengan al acecho de los descubrimientos de sus colegas para contribuir a su destrucción con todas sus fuerzas, y una vez que han logrado anularlo, guardan sobre ellos silencio, dejando pasar el tiempo tranquilamente aunque procurando prolongar, en lo posible, el olvido. Después, de golpe y porrazo, cuando parece borrado el recuerdo, vuelven a resurgir la idea por su cuenta y riesgo, caldean el hogar luminoso y declaran que el descubrimiento se les debe a ellos.

Es preciso reconocer que merecen compasión todos estos pobres espíritus que emiten luces únicamente reflejadas y extrañas habiéndoselas apropiado sin escrúpulo alguno y pretendiendo hacerlas pasar como hijas de su talento privilegiado.

Es de todo punto lícito y aceptable que la propiedad científica sea un beneficio que rinda también provechos materiales. Aunque en todas las épocas el provecho material, intelectual y moral será una adquisición conquistada rudamente.

Desde los tiempos que se remontan al origen de la Medicina, los clínicos que se han esforzado por practicarla mejor que la habían aprendido, han sido objeto de persecuciones nacidas y propagadas por sus compañeros hasta con inalicables calumnias.

Hace ya dos mil cuatrocientos años que Hipócrates abrió la serie. Sus rivales le acusaron entonces de haber robado el libro de memorias que estaba colgado en el templo de Esculapio. Después, y a través de los siglos, sigue arraigando el mismo procedimiento: imputar a título de poca delicadeza o de latrocinio los resultados de las comprobaciones nuevas que el médico clínico tenía registradas como propia observación. Cuando no se llega a aceptar un procedimiento tan poco delicado, es reemplazado hipócritamente por el desdén. Un clínico inglés, Sydenham, estableció en Londres en el siglo XVII los fundamentos de la clínica moderna. ¿Qué injurias no habrá tenido que sufrir por parte de los maestros de su tiempo! El desgraciado se admira y gime. ¿Cómo nadie le propone que verifique el valor de los documentos que pacientemente ha registrado sobre la naturaleza de las enfermedades? Al principio del siglo XIX, un sencillo oficial sanitario, estando ejerciendo en campaña, publicó la primera monografía sobre la fiebre tifoidea aislándola del cuadro de fiebres pútridas. Este individuo era nada menos que Bretonneau, y su monografía fué una revelación. Algunos años más tarde, un profesor de París expuso también el mismo asunto. Imputó a Bretonneau, aunque guardándose de señalarle con su nombre.

Con menos importancia debíamos los españoles recordar el caso del descubrimiento del piojo como vector del tifus exantemático, que revelado en la conferencia diplomática sanitaria de París de 1903, y consignado en sus actas oficiales, vino después y corre acreditado como descubrimiento del profesor Nicolle, discípulo de Rous, que solamente vió la luz pública en 1909 1912, y sin embargo, pasa (sin duda por no ser español) como original antecedente de lo descubierto en 1902 y publicado en 1903.

Por lo que se desprende de los iniciadores del amor propio, no han bajado de tono en todo el curso de la historia. En las naturalezas mediocres, el espíritu envidioso no cesa de inspirar decisionesazonadas con la más desconsoladora bajeza de alma.

¿La adopción de la propiedad científica se opondría a la vuelta de semejantes manejos? Su papel no es el de refrendador de reparaciones morales. Debe conformarse con prohibir los intereses materiales, y con ello le irá muy bien. Conviene que las negativas de justicia continúen derribando el trabajo de los aislados y los modestos. Bajo el estímulo de estas pruebas tendrán probabilidad de levantarse más altos. No hay nada que temple el carácter y ensanche el espíritu como las angustias y las penas que entristecen y quebrantan la vida de un sabio. En cuanto al dinero, numerosos médicos, aun en nuestros días, apenas se interesan por ellos, y esta magnífica despreocupación es la que asegura las bases de su grandeza.

En el siglo XVIII, el príncipe de Ligne se indignaba: «Según él, en la sociedad actual se presencia un bandillaje de éxitos, que llega a quitar la gana de tenerlos». De ninguna manera...

Los procedimientos descorteses para los que merecían ocupar las cimas, estimulan su hálito ascensionista y las subvenciones de la propiedad científica no les ayudarán en nada. Lo demostrarán tanto más cuanto que habrán sufrido la injusticia de sus semejantes, y no pedirán de su desconocido talento otra cosa que la gloria de perseverar en su camino.

Por la traducción,
MARCELINO PASTOR

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el jueves, día 20 del corriente, a las seis de la tarde, se celebrará Junta general extraordinaria para tratar de los siguientes asuntos:

- 1.º Acta anterior.
- 2.º Conducta a seguir por el Colegio con respecto a algunos compañeros que se prestan a servir los intereses particulares de determinadas personas y que utilizan éstas como fundamento para los atropellos de que vienen siendo objeto los médicos titulares, con exposición de los hechos.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Prohibiendo el ejercicio particular de la profesión médica, en todos sus aspectos y especialidades, al inspector general de Sanidad exterior, y a los directores de Sanidad de los puertos que se indican, y declarando que el ejercicio de todos los cargos médicos de Sanidad exterior es incompatible con el de subdelegado de Medicina, jefe de Sección en los Institutos provinciales de Higiene y epidemiólogo de los mismos.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Con el fin de establecer la debida igualdad entre todos los funcionarios del Cuerpo de Sanidad Nacional, en sus distintas Ramas, imponiendo a todos ellos, progresivamente, las normas de conducta que informan la Orden de este Departamento, de fecha 17 de Julio último, particularmente referida a los inspectores provinciales de Sanidad y, reiterando el reconocimiento de los sacrificios económicos que a los interesados imponen temporalmente estas disposiciones, los que, en su día, a la vista de los positivos beneficios que ellas han de reportar, habrán de ser en la debida medida compensados,

Este Ministerio, teniendo presente que en parecidas circunstancias a las que concurren en los inspectores provinciales de Sanidad indicados, se encuentran algunos otros funcionarios pertenecientes a la Rama de Sanidad exterior, ha tenido por conveniente disponer lo siguiente:

1.º Queda prohibido el ejercicio particular de la profesión médica, en todos sus aspectos y especialidades, al inspector general de Sanidad exterior y a los directores de Sanidad de los puertos de Barcelona, Valencia, Las Palmas, Santa Cruz de Tenerife, Vigo y Bilbao.

2.º El ejercicio de todos los cargos médicos de Sanidad exterior es incompatible con el de subdelegado de Medicina, jefe de Sección en los Institutos provinciales de Higiene y epidemiólogo de los mismos,

Lo que participo a V. I. a los efectos correspondientes. Madrid, 6 de Agosto de 1931.—*Miguel Maura*.—Señor director general de Sanidad de la República. (*Gaceta* del 8 de Agosto.)

Encargando a los inspectores provinciales de Sanidad la aprobación de los proyectos de instalación de Sanatorios.

ORDEN

Como complemento de la Real orden de 10 de Agosto de 1928, fijando las bases a que han de ajustarse la aceptación de proyectos y concesión de permisos para construir edificios o dedicar los construídos a residencias de enfermos tuberculosos,

Este Ministerio, a propuesta de la Dirección general de Sanidad, ha tenido a bien disponer que la aprobación de los proyectos de instalación de Sanatorios y residencias de enfermos tuberculosos de carácter provincial, municipal y privado, así como la concesión de permisos para el funcionamiento de dichos Establecimientos, corresponda en lo sucesivo a los inspectores provinciales de Sanidad, previo informe de las Juntas provinciales del Ramo.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 9 de Julio de 1931.—P. D., *M. Pascua*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 12 de Julio de 1931.)

Reorganización de los servicios de la Beneficencia.

ORDEN CIRCULAR

Excmos. Sres.: El Gobierno de la República debe reorganizar los servicios de la Beneficencia con el fin de asegurar la asistencia pública a los necesitados. A tal fin se ha de perseguir toda detentación y ocultación de bienes fundacionales; exigir el fiel cumplimiento de la voluntad de los fundadores de Instituciones de Beneficencia particular, y armonizar en un plan de conjunto la acción dispersa de los diversos Establecimientos, procurando además evitar las inversiones ineficaces de legados y donativos.

Para emprender en lo sustantivo esta labor, precisa contar previamente con datos estadísticos de la situación actual de estos servicios y de las atenciones benéficas que se hallan indotadas.

Esto se logrará mediante una refundición general de los trabajos estadísticos sobre la Beneficencia, que conexione y estructure de nuevo cuantos elementos informativos permitan apreciar, en la variedad de sus aspectos, el estado y funcionamiento de la Beneficencia, los recursos efectivos de que dispone, los límites en que se desenvuelve la acción oficial y los remedios que reclaman sus deficiencias.

En virtud de todo lo expuesto, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que en un plazo de dos meses remitan los gobernadores civiles a la Dirección general de Administración:

A) Un cuadro estadístico de los Establecimientos benéficos provinciales o municipales, determinando: a), el lugar en que cada uno radica y, por separado, el carácter del Establecimiento (provincial o municipal); b), su número de camas o de plazas fijas de socorro permanente o temporal, el total de acogidos actualmente y el correspondiente al año de 1930; c), el número anual de estancias y el promedio de coste de cada estancia; d), las Comunidades o Asociaciones que prestan servicio en estos Establecimientos, con el número de personas (varones y hembras) que las constituyen, el restante personal (varones y hembras) encargado de cuidar a los enfermos, asilados, etc., y el personal facultativo;

e), el importe y clase de los bienes propios de cada Establecimiento y la renta o producto anual de esos bienes; f), las subvenciones en los presupuestos provinciales o municipales, independientes de los bienes expresados, y el promedio de las limosnas y donativos recibidos en el último quinquenio; g), la cantidad destinada en el último presupuesto (provincial o municipal) para los gastos, por todos conceptos, de cada Establecimiento, aparte los de personal y los de sostenimiento.

B) Un cuadro estadístico de las Casas de Socorro, Dispensarios, Consultorios gratuitos, Clínicas de especialidades o de urgencia y demás Establecimientos benéficos análogos: a), con la denominación de la localidad en que cada uno radica y la clase de Establecimiento; b), el número de asistencias prestadas el año 1930, en casos de accidente o enfermedad; c), los servicios profilácticos realizados durante el mismo período de tiempo y los socorros facilitados gratuitamente; medicamentos (número de fórmulas y su importe), ropas (número de prendas y su importe) y auxilios de lactancia (número de pensiones y su importe); d), el personal facultativo y subalterno de estos Establecimientos y la dotación de dicho personal; e), las subvenciones en los presupuestos provinciales o municipales y el total de gastos de estos servicios, según el último presupuesto.

C) Un cuadro estadístico de los servicios de la asistencia gratuita domiciliaria a familias pobres; a), con el número de familias pobres en cada provincia, sumados los datos de todos los Ayuntamientos; b), el total de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, por categorías precisando el número de plazas de cada una de éstas, el importe de esta dotación total y el número de enfermos asistidos durante el año 1930; c), el número de inspectores-farmacéuticos municipales y la dotación total de éstos en cada provincia; d), el número de localidades con Farmacias titulares propias, gasto anual de estos Establecimientos y cantidad invertida durante el año de 1930 en el suministro gratuito de medicamentos; e), cantidades aplicadas en el mismo año a socorros domiciliarios, a pobres transeúntes, enfermos y emigrados, y para subvenciones a Establecimientos de Beneficencia particular.

D) Una estadística general de las Instituciones de Beneficencia particular, existente en cada provincia, que habrán de confeccionar las respectivas Juntas provinciales de Beneficencia, y en la que constarán respecto de cada Institución: a), los nombres y apellidos de los instituidores; b), su objeto benéfico, especificando suficientemente cuando sean varios los fines; c), la fecha en que se instituyó; d), la localidad en que radica (agrupadas las localidades por orden alfabético); e), los nombres de los patronos o la representación que ostentan; f), la fecha de la clasificación y de la última cuenta aprobada; g), la valoración de los edificios en que está instalado cada Establecimiento, el capital fundacional, con el valor total en pesetas, sumado separadamente el que corresponda a las fincas urbanas, rústicas, censos, inscripciones, títulos, acciones del Banco, créditos y cualesquiera otros bienes y las rentas anuales que perciben; llevando a una casilla especial las observaciones que esclarezcan, en caso necesario, la situación actual de cada Institución en cuanto al cumplimiento de sus cargas benéficas.

E) Un cuadro estadístico de las operaciones verificadas en el año de 1930 por los Montes de Piedad clasificados como benéficos; a), con la denominación de la localidad en que radican, nombres y apellidos de los fundadores y fechas de su fundación y clasificación; b), clase de préstamos que realizan (número de partidas de esta clase, su importe en pesetas y el interés anual por todos conceptos); c), total de las

operaciones de préstamo verificadas en el año (su número e importe en pesetas); *d*), capital prestado en el año 1930; *e*), partidas existentes el 31 de Diciembre de 1930 (su número e importe en pesetas); *f*), total de los donativos para la devolución gratuita de partidas, recibidos de particulares o concedidos por el Establecimiento; *g*), capital propio y capital total invertido; *h*), persona o entidad que dirige el Establecimiento.

F) Un cuadro estadístico de la situación, en el año 1931, de las Cajas de Ahorros clasificadas como benéficas; *a*), con la denominación de la localidad en que radican, nombres y apellidos de los fundadores y fechas de su fundación y clasificación; *b*), cuentas que existían en 1.º de Enero de 1930; *c*), capital impuesto hasta 1.º de Enero de 1931; *d*), nuevas imposiciones en el año 1930; *e*), capital impuesto en el año de 1930 e interés anual fijado; *f*) reintegros abonados en 1930 (su número e importe en pesetas), por saldo (su número e importe en pesetas); *g*), total de intereses abonados en 1930; *h*), número y clase de imponentes en 31 de Diciembre de 1930: menores (varones, hembras, escolares); *i*), total de libretas o imponentes; *j*), total impuesto en todas las cuentas pendientes y total de sus capitales invertidos en la actualidad.

G) Una Memoria referente a la Beneficencia provincial y municipal, consignando: *a*), totalizadas por provincias, las cantidades relativas a estos servicios que figuran en los presupuestos provinciales y municipales; *b*), el lugar en que se encuentran emplazados los Establecimientos, las condiciones higiénicas de los locales, el número de sus pabellones o salas, su especial destino y su capacidad cúbica de aire en proporción con el número de enfermos o asilados; *c*), la mortalidad de los acogidos, detallada la de los expósitos internos y externos, por edades; *d*), cuantas advertencias sean pertinentes acerca de la marcha administrativa y régimen de los servicios y en orden a la Beneficencia particular, a la vez de informar sobre el impulso alcanzado por la misma, en relación con las Instituciones que funcionan normalmente, se harán constar las causas que hayan motivado en cada Junta provincial de Beneficencia su lentitud al cumplimentar las órdenes que, tan reiteradamente, a propuesta de la inspección técnica de Beneficencia, y en las distintas visitas de los inspectores, son comunicadas a las aludidas Corporaciones, para que tramiten sin demora los expedientes de investigación y de regularización de las Instituciones que se hallan sin regularizar.

2.º Que examinados por el director general de Administración todos esos antecedentes y los demás que considere útil reclamar, los resumirá en una Memoria, no sin antes proponer o adoptar en vista de unos y otros, las resoluciones que estime de cumplidos efectos, para la inaplazable e inexcusable normalización de estos servicios.

Madrid, 10 de Julio de 1931.—*Miguel Maura*.—Señores director general de Administración y gobernadores civiles de todas las provincias. (*Gaceta* del 12 de Julio.)

Disponiendo que los actuales Institutos provinciales de Higiene pasen a depender administrativamente de la mancomunidad municipal formada por todos los Ayuntamientos de la provincia.

DECRETO

El Decreto de 21 de Abril de 1931 establece que las Diputaciones provinciales sean regidas por Comisiones gestoras, cuyas facultades quedan limitadas al artículo 98 en sus relaciones con el 64 de la Ley provincial de 1882.

Al quedar reducidas las atribuciones de las Diputaciones provinciales, quedan sin norma los Institutos provinciales

de Higiene, cuyo sostenimiento les estaba encomendado por el artículo 128 del Estatuto provincial.

Dada la importancia médico-social de los Institutos provinciales de Higiene, y habida cuenta de que su constitución con el nombre de Brigadas Sanitarias se debe a la Real orden de 28 de Julio de 1921, en la cual, recogiendo iniciativas de los inspectores provinciales de Sanidad, se establecía de una manera clara y definida la constitución administrativa de estos importantes Centros sanitarios, parece razonable devolverles aquella democrática organización, tan sólo modificada por las aportaciones de la experiencia adquiridas en diez años de funcionamiento. Por las razones expuestas y mientras por las Cortes se dicte una nueva ley de Sanidad, que sustituya a la anticuada e inadecuada legislación actual, el Gobierno de la República, a propuesta del ministro de la Gobernación, decreta:

Artículo 1.º Los actuales Institutos provinciales de Higiene pasarán a depender administrativamente de la mancomunidad municipal formada por todos los Ayuntamientos de la provincia.

Art. 2.º Al objeto de evitar una duplicidad de servicios, con indudable perjuicio para los Ayuntamientos que constituyan la mancomunidad, sólo serán dispensados de contribuir al sostenimiento de los Institutos provinciales de Higiene los Municipios que demuestren ante la Dirección general de Sanidad poseer organizaciones sanitarias, similares en un todo a los Institutos provinciales de Higiene.

La correspondiente autorización será concedida por el ministro de la Gobernación, a propuesta de la Dirección general de Sanidad.

Art. 3.º Para la buena administración de los Institutos provinciales de Higiene, se constituirá por los gobernadores civiles una Junta administrativa compuesta de representantes técnicos y de los Municipios, en la forma siguiente:

Presidente, el gobernador civil.

Vicepresidente, el inspector provincial de Sanidad.

Tesorero, el delegado de Hacienda o funcionario a sus órdenes en quien delegue.

Interventor, el alcalde de la capital u otro elegido por la Junta, si la capital no contribuyese al sostenimiento del Instituto.

Vocales: cuatro alcaldes elegidos por sorteo entre los de las cabezas de partido judicial y tres jefes de Sección del Instituto, propuestos por el gobernador civil.

Secretario administrador, el jefe de la Sección de Presupuestos o un jefe de Negociado del Gobierno civil.

Del seno de la Junta se constituirá una Comisión permanente formada por el presidente, vicepresidente, tesorero, interventor y secretario administrador.

Art. 4.º Esta Junta se reunirá siempre que lo acuerde el gobernador civil o lo pidan tres vocales, siendo inexcusable la reunión del Pleno para rendir cuentas y aprobar los presupuestos.

Art. 5.º Para el sostenimiento de los Institutos provinciales de Higiene, los Ayuntamientos contribuirán con las cuotas que señalen las Juntas administrativas, no debiendo exceder del 1 por 100 de los respectivos presupuestos municipales. Sin embargo, el ministro de la Gobernación, de conformidad con la Dirección general de Sanidad, podrá acordar la elevación de las cuotas mediante petición razonada de las Juntas administrativas, fundada en motivos excepcionales y debidamente acreditados.

Art. 6.º Las Juntas administrativas tendrán personalidad jurídica, con plena capacidad legal para adquirir, por título oneroso y lucrativo, reivindicar, poseer y enajenar bienes de todas clases, celebrar contratos y contraer obligaciones de



AL PRESCRIBIR UN LAXANTE

... es preciso no olvidar el importantísimo papel que la mucosa intestinal desempeña impidiendo la absorción de bacilos y toxinas o neutralizándolas. Es indudable que muchos de los laxantes más en uso, ejercen una seria acción desintegrante sobre la mucosa protectora.

LA «SAL DE FRUTA» ENO presenta el mérito de estimular la peristalsis por la simple acumulación de agua en el intestino, favoreciendo así de un modo perfectamente natural la eliminación de los residuos digestivos y de las toxinas.

«Mentor diagnóstico»

Elegantemente encuadrado en tafilete negro. Tratadito en el que se resumen los puntos esenciales del diagnóstico de las enfermedades nerviosas, cuyos complejos síntomas tan fácilmente escapan a la memoria. Por su tamaño, puede llevarse en el bolsillo del chaleco, siendo en todo momento una valiosa ayuda para aclarar cualquier punto dudoso. Con sumo gusto remitirá un ejemplar a todo médico que lo solicite, el Concesionario de la «Sal de Fruta» ENO.

FEDERICO BONET Apartado 501 Madrid

**"SAL DE
FRUTA"**
MARCAS

ENO

**("FRUIT
SALT")**
REGISTERED

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARÍS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

**MUESTRAS
GRATIS**

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

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

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

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

REALFEN BUISSON

APETITO

PESO

FUERZA

Literatura, muestras e informes: I. RODRIGO. Madrid. — Apartado 4.075. — Teléfono 35.407.

cualesquiera naturaleza, ejercitar acciones civiles, criminales, administrativas o contenciosoadministrativas y transigir libremente toda clase de cuestiones, con la sola limitación establecida por las leyes, para las de orden penal, quedando asimismo facultadas para percibir directamente de las Delegaciones de Hacienda el 25 por 100 del papel de pagos al Estado que se liquida por los inspectores provinciales de Sanidad, con sujeción a las normas de la Real orden de 11 de Marzo del corriente año.

Art. 7.º Igualmente quedan facultadas las Juntas administrativas de los Institutos provinciales de Higiene para establecer conciertos por la prestación de servicios sanitarios y de transporte con las organizaciones de Beneficencia o asistencia pública que tengan carácter oficial.

Art. 8.º Todos los fondos de la mancomunidad municipal serán depositados en el Banco de España, a nombre de la misma, no pudiendo retirarse sin la firma de los señores presidente, tesorero y secretario-administrador.

Art. 9.º A los gobernadores civiles, como presidentes de las Juntas, corresponde la ordenación de los pagos acordados por el Pleno de la Comisión permanente, quedando facultados para ordenar, sin previo acuerdo, aquellos de carácter urgente que les fueren propuestos por los inspectores provinciales de Sanidad, dando cuenta de ello en la primera Junta que celebren.

Art. 10. Antes de finalizar el mes de Septiembre, los inspectores provinciales de Sanidad presentarán al Pleno de la Junta administrativa un proyecto de presupuesto, que después de discutido y con las modificaciones acordadas por la Junta, será remitido por duplicado a la Dirección general de Sanidad para su aprobación.

Art. 11. Antes de finalizar el mes de Febrero, el secretario-administrador presentará al Pleno de la Junta una liquidación detallada del presupuesto correspondiente al año anterior, la cual, una vez aprobada, se remitirá por duplicado a la Dirección general de Sanidad para su aprobación definitiva.

Art. 12. Los inspectores provinciales de Sanidad, como directores de los Institutos provinciales de Higiene, remitirán dentro del primer trimestre de cada año una Memoria de todos los trabajos realizados en dicho Centro durante el año anterior.

Art. 13. Los proyectos de edificación, la organización de cualquier nuevo servicio o la modificación de los existentes, habrán de ser necesariamente aprobados por la Dirección general de Sanidad.

Art. 14. El inspector provincial de Sanidad, como representante de la Dirección general de Sanidad en cada provincia, es el jefe de todos los servicios sanitarios provinciales, y, por tanto, de los Institutos provinciales de Higiene, de los cuales serán directores natos, a cuyo objeto se habilitarán en ellos, cuando existan en la capital, los locales necesarios para que las Inspecciones provinciales de Sanidad queden instaladas en los Institutos provinciales de Higiene, continuando provisionalmente en los Gobiernos civiles las de aquellas provincias en las que los Institutos no estuvieran en definitivas condiciones de funcionamiento.

Art. 15. El personal facultativo, técnicoauxiliar y subalterno de los Institutos provinciales de Higiene, dependerá de la Dirección general de Sanidad por intermedio de sus jefes los inspectores provinciales de Sanidad, y al objeto de que este personal constituya un Cuerpo homogéneo al servicio de la Sanidad Nacional, se estudiará por la Dirección general del Ramo la constitución de los escalafones correspondientes y la reglamentación de los ascensos, excedencias, permutas y jubilaciones.

Art. 16. La organización técnica de los Institutos provinciales de Higiene corresponde a la Dirección general de Sanidad, la cual dictará las disposiciones oportunas al efecto.

Art. 17. Los Centros sanitarios dependientes de los Ayuntamientos que por sus especialísimas condiciones fueran dispensados de contribuir al sostenimiento de los Institutos provinciales de Higiene, vendrán obligados a prestar su personal y material, cuando sean requeridos por los inspectores provinciales de Sanidad, a cuya inspección técnica sanitaria estarán subordinados.

Art. 18. Dentro de sus posibilidades económicas, las Juntas administrativas, asesoradas por los inspectores provinciales de Sanidad, pondrán especial interés en extender la acción benéfica de los Institutos provinciales de Higiene, creando el mayor número posible de subbrigadas sanitarias en las provincias a fin de dedicar la máxima atención a los problemas de Sanidad en el medio rural.

Art. 19. Una vez constituidas las Juntas administrativas de los Institutos provinciales de Higiene, las Comisiones gestoras de las Diputaciones provinciales les harán entrega, con las formalidades reglamentarias, de todos los inmuebles, material de todas clases y cuantos bienes sean de la pertenencia de los referidos Institutos.

Art. 20. Por el ministro de la Gobernación se dictarán las disposiciones complementarias y aclaratorias que se precisen para la ejecución de este Decreto, quedando derogadas todas aquellas que se opongan a su cumplimiento.

Dado en Madrid a 31 de Julio de 1931.—El presidente del Gobierno de la República, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*. (Gaceta del 2 de Agosto de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,1; ídem mínima, 702,3; temperatura máxima, 31º,8; ídem mínima, 12º,8; vientos dominantes, OSO. y NE.

Las violentas oscilaciones termométricas y la evidente influencia de trastornos meteorológicos en nuestro país y en regiones más o menos próximas, se han dejado sentir de un modo claro en las enfermedades reinantes, siquiera por fortuna no hayan influido de modo notable en la mortalidad. Los casos de gripe con complicaciones febriles y localizaciones nerviosas de diferente naturaleza han sido frecuentes; las inflamaciones superficiales de las mucosas respiratorias y digestivas también han sido muy numerosas, y en los afectos crónicos se han hecho sentir complicaciones congestivas, en los de los centros nerviosos, y hemorrágicas y congestivas en los dependientes del aparato circulatorio.

En los niños se advierten los mismos afectos no epidémicos que venimos registrando en estados anteriores.

CRONICAS

VI Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militares.—Ha tenido lugar en La Haya la sexta reunión que los Cuerpos de Sanidad Militar de las cuarenta y dos naciones asociadas vienen realizando desde el año 1921.

La delegación española, integrada por los tenientes coroneles médicos Sres. Van Baumberghen y Sánchez Gómez, los comandantes Sres. Vallejo Nágera y Rueda, el capitán Sr. Blanco Salas y el comandante farmacéutico señor Roldán, ha presentado una serie de interesantes comunicaciones, interviniendo también en las discusiones de las mismas.

La nueva reunión internacional tendrá lugar en Madrid el año 1933, y para presidirla ha sido designado el Dr. Van Baumberghen, el cual con este carácter presidió en Bruselas, en unión del jefe de los Servicios sanitarios belgas, las conferencias organizadas por el Oficio Internacional de Documentación Médico Militar.

Congreso de Accidentes del Trabajo — En Ginebra se ha inaugurado este importante Congreso científico.

Figuran como delegados españoles los Dres. Oller, de Madrid, y Torner, de Barcelona.

El Dr. Oller será el presidente de la última sesión del Congreso.

Homenaje al Dr. D. Juan Bastero en Zaragoza. — Con motivo de la jubilación del ilustre catedrático de Medicina legal Dr. D. Juan Bastero se le ha rendido en aquella Facultad un justísimo homenaje de respeto, admiración y cariño, al que la Junta de gobierno del Colegio provincial y los profesionales todos se adhirieron con ostensible entusiasmo.

La Agrupación de Médicos de Sociedad visita al ministro de Trabajo. — La Junta directiva de la Agrupación profesional de médicos de Sociedad ha visitado al ministro de Trabajo para consultarle el caso de que existe en el Comité paritario de médicos, farmacéuticos y demás especialidades, una sección de odontólogos. Como dentro de las Sociedades hay también odontólogos desea saber dicha Agrupación la relación que debe existir entre unos y otros.

El ministro contestó que todo ello lo tendría en cuenta para resolver en justicia cuando se verifique la reforma de la organización paritaria.

Jornadas Médicas Gallegas. El éxito de «Jornadas Médicas Gallegas» se afirma cada día más. El número de inscripciones y comunicaciones recibidas en Secretaría hasta la fecha se aproxima a 200, cifra alentadora para una Asamblea científica de esta índole.

La Secretaría, para evitar que a última hora se aglomere el recibo de trabajos y solicitudes de inscripción, ruega a los que tengan interés en asistir a estas «Jornadas» se dignen comunicarlo antes del 15 del presente mes al secretario general Dr. Julián Regueiro López, Hotel Roma, Orense, enviando las comunicaciones y la orden de inscripción para que se les expida la tarjeta acreditativa de jornalista.

Lo mismo de Portugal que de América se han recibido adhesiones muy valiosas. El programa definitivo se está ultimando y próximamente será remitido a todos los médicos de la región. En dicho programa se incluirán los títulos de los trabajos recibidos con el nombre de sus autores.

El libro de Actas se publicará después de terminada su labor la Asamblea, y en él aparecerán todas las comunicaciones, ponencias y conferencias presentadas.

Al acto inaugural de Jornadas Médicas Gallegas asistirá el ministro de Instrucción Pública, D. Marcelino Domingo, el cual presidirá la sesión de apertura.

Las Facultades de Lisboa, Oporto y Coimbra envían una nutrida representación de profesores, catedráticos de gran significación.

El Cuerpo médico de los Centros gallegos de La Habana y de Buenos Aires han nombrado delegados a la Asamblea, enviando valiosos trabajos y el primero la ponencia que será discutida en las sesiones.

La recepción de jornalistas se efectuará en el Gran Casino de Vigo, y las solemnes sesiones de apertura y clausura en el salón de actos de la Escuela Industrial de dicha ciudad.

Se celebrarán sesiones científicas en los Balnearios. En Santiago se realizará un homenaje a la Universidad gallega, efectuándose sesiones clínicas y quirúrgicas en el Hospital y un acto de confraternidad en honor de los delegados extranjeros, con visita a monumentos, etc., pronunciando una conferencia el profesor Gentil, de Lisboa, en representación de las Facultades portuguesas.

En Vigo la labor será intensa, dada la cantidad de trabajos presentados y la serie de conferencias y sesiones clínicas y quirúrgicas que se efectuarán.

El Comité central, compuesto por los Dres. Goyanes, Gómez Ulla y Regueiro López, apoyados por los demás vocales y por los Comités de Vigo y Santiago, continúan su tarea organizadora, convencidos de que estas segundas Jornadas, dada la brillante aportación que hasta la

fecha se ha obtenido, superarán a todos los cálculos por el número de inscriptos y por la calidad de los adheridos y de los trabajos enviados.

El programa oficial, ya impreso, será remitido gratuitamente a todos los médicos de Galicia antes de que se inaugure la Asamblea.

Conferencia en la Casa de Salud Valdecilla (Santander). — En la Casa de Salud Valdecilla ha dado una interesante conferencia sobre radiografía del hígado el doctor Vara. Asistió el Dr. Marañón, que dentro de pocos días dará en la misma una lección clínica.

La ponencia sobre estupefacientes. — Se ha reunido en el Ministerio de la Gobernación la ponencia que entiende en la modificación de la ley sobre estupefacientes, a la que han asistido los Sres. Suares, Rodríguez Vera; López Mora, Martínez del Río, Jordana de Pozas y Casares.

Se empezó discutiendo la ponencia encargada al señor Jordana de Pozas.

Se propuso presentar con carácter urgente a la Dirección de Sanidad una proposición para evitar los abusos actuales, por descuido en sus funciones u otras causas, de los comisionados hasta ahora para estos servicios, pidiendo se autorice a esta Comisión para adoptar inmediatamente aquellas medidas que corten radicalmente el abuso actual de tóxicos y la facilidad de contrabando que desgraciadamente existe.

Se acordó asimismo que la ponencia proponga las soluciones de carácter internacional que, sin menoscabar el Convenio de Ginebra, sino reforzándolo, pueda hacer cesar que España sirva de tránsito del contrabando en gran escala que se realiza en nuestro país con destino a Portugal y América.

Casa de Salud y Escuela de Matronas de Santa Cristina. — En el próximo Septiembre comenzará en esta Escuela un curso de perfeccionamiento para comadronas tituladas.

Las inscripciones pueden hacerse en esta Casa de Salud, O'Donnell, 51, todos los días laborables, de diez a doce, y siendo el número de alumnas limitado, se advierte que se dará la preferencia al orden de presentación de solicitud.

Universidad de Madrid. La matrícula no oficial — A partir del lunes, 10 del actual, hasta el 30 del mismo, queda abierta la matrícula no oficial en la Secretaría general de esta Universidad, de once a una de la mañana, todos los días laborables, satisfaciendo los alumnos o sus representantes el importe de las matrículas en metálico en la forma y cuantía acostumbradas y acompañando al propio tiempo la correspondiente carta de identidad, requisito ineludible para este acto. Madrid, 8 de Agosto de 1931. — El catedrático secretario general.

Don Angel Sanmiguel Muncharaz reelegido presidente de la Asociación Nacional de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad, ha sido nombrado consejero nato del Consejo de Sanidad en substitución de su antecesor D. Antonio Osorio Bolaños.

Que sea para bien y muy fructífera la substitución es menester.

Indicaciones del Fórceps y Técnica operatoria del mismo, por el doctor Paulino A. Pons. 18 figuras. Utilísimo. Precio, 4 pesetas. Pedidos a EL SIGLO MÉDICO.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro. Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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