

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA 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. Alblfiana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.



Reconstituyente muy Enérgico

CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

ANEMIA, NEURASTENIA, DEBILIDAD
CONVALESCENCIAS, TUBERCULOSIS,
AFFECCIONES DEL ESTÓMAGO
Y DEL INTESTINO

preparado en frío y concentrado
en el vacío,
en solución sacaro-glicerizada

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOUE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



PRIMERA DENTICIÓN

JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves fricciones
en las Encías

Establecimientos FUMOUE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



Representante en España: D. DANIEL ROBERT. Chris. 72.

PARTE I

PHOSPHORRENAL
ROBERT
RECONSTITUYENTE.
Las Ser. Médicas lo
recomiendan en las tres formas:
GRANULOS, ELIXIR-INYECTABLE.
FARMACIA ROBERT. LAURIA 74 BARCELONA

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

PEPTOYODAL
ROBERT
PREPARADO POR J. ROBERT, MESTRE FARMACÉUTICO
FARMACIA ROBERT LAURIA 74 BARCELONA

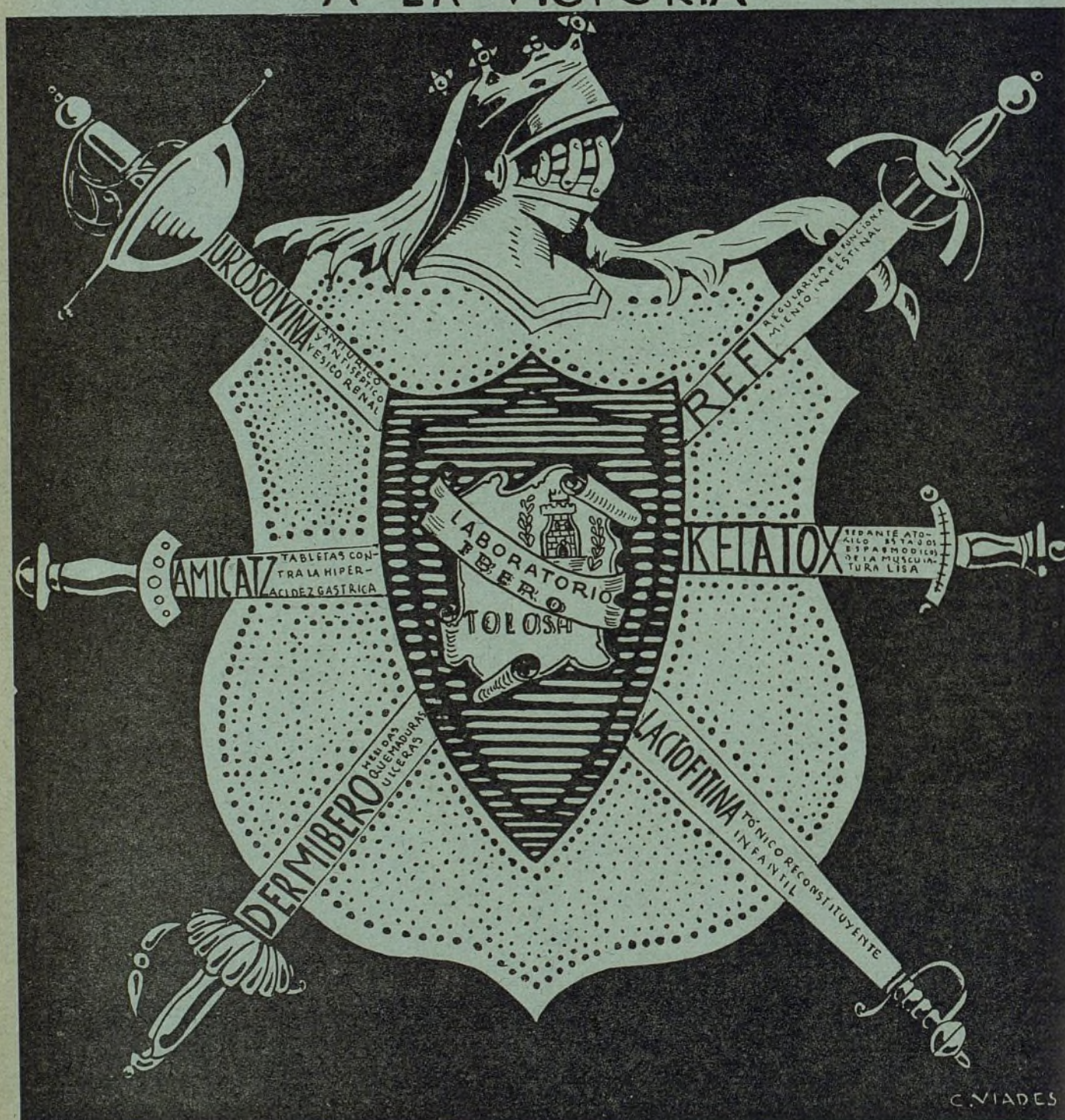
ARPHON ROBERT
reconstituyente inyectable

a base de
cacodilato, fosforo y estricnina
en cajas de 1.2.3 ó 4 c.c., según criterio médico
EXISTE OTRA SERIE
IGUAL SIN ESTRICNINA
LABORATORIO DE
José Robert Mestre
Barcelona



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

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



MUESTRAS Y LITERATURA
A DISPOSICIÓN DE LOS SRS. MEDICOS

mayores serán las deformaciones con que nazca. Algunas veces estas deformaciones son tales, que el feto no es viable. Otras veces las adherencias tienen lugar al cordón umbilical y no es excepcional entonces que lo compriman en forma que cause la muerte del feto o que creen una cordada excesiva del mismo que puede determinar un desprendimiento de la placenta. Otras veces basta una de estas bridas que vaya desde la piel del feto a la superficie de la placenta para provocar este desprendimiento.

Como se comprende, este proceso no tiene más que importancia anatómica; rara vez obstétrica. De otro modo, en el caso más grave se interrumpiría el embarazo como consecuencia de la muerte del feto o de un desprendimiento de la placenta y el papel del médico se reduciría a asistir este aborto o parto prematuro, cuya explicación solamente se tendría al reconocer el producto expulsado. En los demás casos la mujer dará a luz aproximadamente a su debido término y solamente al reconocer el feto se encontrarán las anomalías, cuya explicación consiste en estas adherencias, patentes unas veces y solamente presumibles otras. Por último, en los casos en que las bridas amnióticas creen adherencias entre las partes fetales que deben ser independientes podrá producirse una distocia que requiera el tratamiento correspondiente, pero claro es que independiente de la causa que la provocó.

La insuficiencia del líquido amniótico, llamada oligoambios, es poco corriente. Cuando es muy marcada llega a producir también deformidades fetales a consecuencia de la presión recíproca anómala que se hacen unas partes contra otras. La palpación del feto en estas condiciones es muy difícil. Además, si la presentación no es correcta, la manera en que se ciñe el útero al feto impide hacer la versión ni por maniobras externas ni por las internas. Generalmente en estos casos la cantidad de líquidos que se producen después del parto es muy escasa.

Más frecuente que esta anomalía es la contraria: la de que haya una cantidad excesiva de líquido amniótico; por consiguiente, un hidramnios. Se debe unas veces a la produc-

forme, pero en la mayoría de los casos son fusiformes y cuando se encuentran en los puntos mismos de ramificación son triangulares o estrelladas. Las vesículas son incoloras, pero si sus paredes están infiltradas de la hematina de los coágulos de que se encontraban cubiertas, pueden tener un color amarillento o rojizo. El líquido de las vesículas contiene sales, albúmina y gran cantidad de mucina; se encuentran en él dos clases de células, unas pálidas y otras de tipo de epitelio pavimentoso.

En cuanto a las relaciones de la mola con la caduca, ha de decirse lo siguiente: cuando la mola es pequeña, por ejemplo, del tamaño de un huevo de gallina o un poco mayor, se la puede expulsar entera y cubierta de una envoltura de uno o dos centímetros de espesor, que es la caduca hipertrofiada. Sin embargo, el espesor de la caduca no es uniforme, sino que el polo superior se encuentra adelgazado, no por distensión, sino a consecuencia de la invasión por las células de la capa de Langerhans y muchas veces se presenta incluso perforada y entonces las vesículas asoman en la superficie del conjunto expulsado. Estas perforaciones de la caduca pueden dar lugar a que no se expulse por completo y a que las vesículas vengán a ponerse en contacto directamente con la pared del útero. Además, mientras la caduca no está destruida presenta los síntomas de una endometritis crónica y se encuentra por este motivo hipertrofiada y erizada de excrescencias poliposas. Pero el mayor peligro del crecimiento de la mola está en que una vez que ha perforado la caduca se viene a poner en contacto directamente con los fascículos musculares del útero y los invade. El volumen de la mola no permite sacar conclusión alguna acerca del estado de invasión en que se puede encontrar la pared muscular del útero, porque existen algunas voluminosas provistas de una envoltura decidual completa en tanto que otras mucho más pequeñas pueden haber perforado esta envoltura ya.

Las vellosidades que han invadido el músculo uterino pueden llegar de este modo hasta el peritoneo o invadir los grandes vasos en las paredes del útero. Cuando se arrancan



las vellosidades al hacer la autopsia de un caso de éstos aparece el músculo uterino sumamente irregular y desprovisto de mucosa. Estas relaciones de la mola con la pared del útero tienen una gran importancia, porque se conocen casos en los que la infiltración de las capas musculares hacía que se pudiese estimar la mola como un tumor maligno. Además, requiere todavía estudio la posible relación de la mola con el deciduoma maligno. Este tumor no tiene precisamente la misma estructura que la mola, pero se presenta de preferencia en las mujeres que han padecido ésta, y, por tanto, es probable que algunas células de las vellosidades que quedaran infiltradas en el útero cuando la mola se expulsara sean las que den origen al tumor maligno. Se ha observado también que la mola ha podido determinar metástasis semejantes a las que produce el deciduoma.

La mola se presenta con mayor frecuencia en las mujeres de alguna edad que en las jóvenes; también parece que predispone a ella la multiparidad, pero no se puede atribuir gran importancia a las estadísticas, porque siendo una degeneración rara de suyo, no pueden ser muy copiosas las compilaciones. Además, si no se hace la autopsia de las mujeres que mueren a consecuencia de ella o si no se reconoce con el debido cuidado el producto expulsado, es muy fácil que pase inadvertida la existencia de la mola. No se debe atribuir importancia etiológica en la formación de la mola a la muerte del feto, tanto por la posibilidad de que el feto nazca vivo en algunos casos de mola parciales, como porque si la muerte fuese un factor etiológico se tenían que encontrar muchos más casos de mola en aquellos en que el feto muere y aun se retiene largo tiempo en el útero.

Al comienzo del desarrollo de la mola siente la mujer los mismos fenómenos que en un embarazo normal. Pueden ser más intensos, pero a esta circunstancia no le concederá importancia seguramente. El síntoma más importante es la hemorragia. Se presenta de pronto, sin que haya causa ocasional que la explique. Casi siempre aparece en el segundo o tercer mes del embarazo. Es excepcional que se inicie más tarde, y más excepcional todavía que lo haga tan solo

nerse en cuenta la gran delgadez de la pared del útero, y por consiguiente, la conveniencia de respetarla, puesto que se conocen casos en que la rotura de dicho órgano no se supo si atribuir a la mola o a las maniobras hechas para extraerla o provocar la expulsión.

Una vez que la enferma empieza a expulsar la mola por sí misma suele bastar el tratamiento expectante. En caso de que la mola entera se expulsase envuelta en una membrana es completamente innecesario ir a explorar el interior del útero para comprobar si aún se encuentran en él residuos. En otro caso conviene también abstenerse; pero si el examen de la masa expulsada demostrase o hiciese temer con mucha probabilidad que se trataba de una expulsión incompleta, habría que reconocer la cavidad uterina con el dedo o con una cucharilla roma. En el puerperio bastan los cuidados higiénicos corrientes. Caso de ocurrir la rotura del útero hay que laparotomizar con urgencia y extirpar el útero.

Entre las enfermedades del amnios hemos de citar, en primer término, las adherencias del mismo a la piel. Para unos son la consecuencia de una deficiencia de desarrollo del amnios y para otros se deben a una inflamación de esta membrana. En los casos en que se producen en un período avanzado del embarazo es esta última la causa que con mayor motivo se puede invocar. Las adherencias del amnios tienen una importancia enorme en la producción de las monstruosidades fetales. Desempeñan igual papel que las adherencias del amnios las bridas amnióticas, que son evidentemente residuo de aquéllas y que unas veces van de la piel del feto a la superficie del amnios teniendo todos los aspectos que se pueden imaginar, sea largas y delgadas, sea divididas, sea desfiladas o con engrosamientos en algunas regiones, y que otras veces se han desprendido por uno de sus extremos que flota libre en el líquido amniótico y el otro queda adherido al amnios o al feto. También pueden enroscarse a cualquiera de las partes fetales o establecer adherencias entre partes que debían estar separadas. Cuanto más prematuras y más fuertes sean las adherencias, tanto más se oponen al desarrollo normal del feto y, por consiguiente,

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

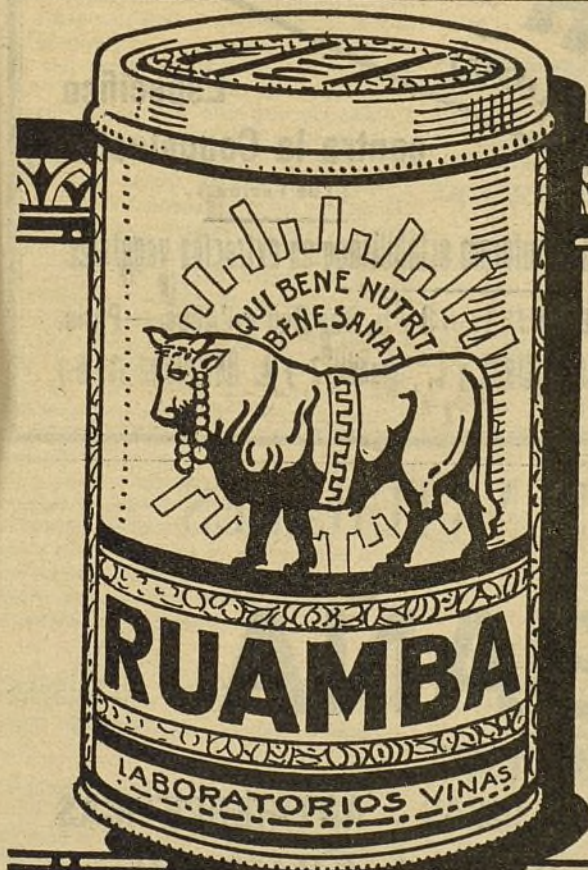
Preparado cardio-tónico y diurético a base de tinturas alcohólicas decoloradas y valoradas de digital, estrofantus y escila.

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril



**Poderoso reconstituyente para
niños y adultos.**

Contiene los principios indispensables
a la función vital.

Una cucharada de **Ruamba**,
mezclado en la leche, aumenta cuatro
veces su valor nutritivo y constituye un
delicioso desayuno o merienda para los
anémicos, inapetentes, raquíticos, albu-
minúricos, desnutridos, etc.

Laboratorios Viñas - Claris, 71 - BARCELONA

SIL - AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

**Sustituye al bismuto en
terapéutica gástrica.
Existe el Sil-Al belladonado.**

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

BARDANOL

— — Elixir de bardana y estaño eléctrico. — —

**INDICACIONES:
Estafilococias en todas
sus manifestaciones.**

Muestras
y literatura:
A. GÁMIR
Valencia.

Autorizado por la Inspección General de Sanidad, número 4.193.

Alcaloides del opio y de la belladona
(var. estable en solución Bética).

ATROPAVER

Muestras y literatura a disposición de los señores Médicos que lo soliciten al Laboratorio « CELTA », Valencia.

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.)

AGUAS MINERALES NATURALES

DE

CARABAÑA

“LA FAVORITA”

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Ayuntamiento de Madrid

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

18 IV-1931

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

Refutaciones a un diagnóstico del Dr. Marañón sobre Enrique IV de Castilla (1)

POR

D. JOSÉ DE BORBÓN

Impremitación del Dr. Marañón es suponerle homosexual por su afición a los moros, y mayor impremitación es

EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

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

la de Paz y Meliá, que atribuye al trato de los moros una gran difusión, que dice hubo de ese vicio por España (Marañón, cap. XIII). Desde el año 1906 y con mayor abundancia desde 1909, miles de españoles conviven con los moros, ya como oficiales y soldados de tropas indígenas, ya como obreros y contr. tistas en carreteras, minas y talleres, ya como vecinos de sus ciudades, y no puede decirse por ello que el pueblo y el ejército español se hayan contagiado en Marruecos de ese vicio, ni de ningún otro. Igual puede decirse del pueblo y del ejército francés y de los emigrados españoles, que desde hace casi un siglo residen en Argelia y el Marruecos francés. Don Enrique IV mantenía en su guardia de «continuos» unas compañías de guerreros moros, porque sobre ser un precioso elemento para las relaciones con Granada, fueran de paz o fueran de guerra, eran tropas de la mayor confianza en aquellos años de revueltas intestinas. Temidas estas compañías por los confederados, no por su bravura, sino por su salvajismo, en la atrevida representación de agravios que hicieron al rey en Burgos, cuando la insultante carta que le negaba la paternidad de l. Beltraneja, se quejaban dichos confederados de que «con ofensa de la religión cristiana traía en su guardia compañías

sido objeto» (Adolfo de Castro, citado por Marañón). «El primer delito de que se acusó a Enrique IV, para destronar su efigie en Avila, fué el de herejía, por no haberse confesado en cuarenta años... Era materialista... En la hora de la muerte se negó a recibir los auxilios de la religión» (Adolfo de Castro, citado por Espinosa). Otros historiadores dicen que murió cristianamente. Según Textel, los habitantes de Olmedo eran infieles en su mayor parte, «el rey come, bebe, se viste y ora a la morisca, y es enemigo de los cristianos: quebranta los preceptos de la ley de gracia y lleva una vida infiel» (Moreno Espinosa). Enrique IV podría estar equivocado en su política pacifista de atraer a los moros por la indiferencia en la fe, única barrera inexpugnable entre las dos razas, ya casi hermanadas por la secular residencia en la Península; pero los hechos demostraron, entonces y después, que como súbditos hubieran sido un vivero inagotable de soldados para reponer el desgaste de tantas guerras exteriores, que en los siglos siguientes agotaron la población de España, y que de todos los enemigos de Castilla y de España,

para probar o negar la impotencia del rey, se dijo, entre otras muchas cosas, las siguientes: «Se apeló para explicarla a hechizos y sortilegios de sus enemigos» (Lafuente). En la exposición al Papa para su divorcio de Doña Blanca de Navarra se alegó «razones de un género que no favorecían a su moral, y que eran las mismas que en tales casos por lo común se alegan» (Lafuente). (No suele ser lo común en los divorcios alegar la homosexualidad del marido.) «Aficionado a tratos ilícitos y malos (que pueden ser las rameras o el on-

Antiséptico GLORÓGENO LUMEN

Muestras gratis.
Centro Farmacéutico Jienense.
Apartado 22. — Jaén.

OMNADINA ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

los menos temibles y los únicos cuyas alianzas producían tributos de vasallaje en lugar de gastos, eran los moros de Granada.

Falta de caridad y de contradicción es la de suponer que los solitarios paños de este melancólico rey, que «evitaba la sociedad de los hombres» (Marañón, cap. VIII), tratando de ocultar su apocamiento y huyendo de sus insolencias, fuera para entregarse a «costumbres infames» (Marañón, cap. XIII). Si le hubieran gustado los hombres, lejos de huirlos, lo natural sería buscarlos; y de ser cierto que la corte estaba afeminada, en sus salones mejor que por los montes podría haber apagado unos torpes deseos, caso de haberlos tenido.

El hecho de tener en una finca de porteros a un enano y a un etíope, puede que científicamente sea un «crago de perversión sexual» (Marañón, cap. XVI); pero es lo cierto que, mientras tuvimos imperio colonial, numerosas familias que parecían honestas y de buenas costumbres tenían entre sus servidores hombres y mujeres de las razas de color que eran mirados como muy fieles criados.

Con ocasión de la enconada disputa

nismo), no tenía apetito ni aun fuerza para lo que le era lícito (sus esposas), en especial con doncellas (vírgenes) (Mariana). «Los desarreglos de su juventud le estragaron la naturaleza» (Lafuente): «Dióse a deleites que la modestad suele demandar» (Pulgar). (No suele demandar la modestad la inversión del instinto.) «Si no fué impotente por la naturaleza, dió ocasión con los vicios a que por tal le tuvieran y pregonaran» (Lafuente). «Entregado desde su primera juventud a la disolución, cuando hubo perdido las fuerzas conservaba aún todos los gustos de un hombre estragado por los placeres sensuales» (Gebhardt). «El rey que había consumido la juventud y casi agotado las fuentes de la vida en la licencia y la crápula a que se entregó desde la adolescencia» (Zamora). De todo esto dice el Dr. Marañón (pág. 88): «Es evidente que tales alusiones se refieren a vicios de mayor cuantía. Pero el lector imparcial no puede ver en todo ello otra evidencia que la crítica, muy justa y apropiada, hecha por unos señores de estrecha moral sobre un joven vicioso; pero no un vicioso homosexual, sino uno de esos seres a quienes se les llama calaveras, juerguistas o simplemente solitarios, que sin ser borrachos ni invertidos, con sus desarreglos o con enfermedades contraídas en los lupanares se hacen viejos antes de haber llegado a ser hombres.

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

Las comentadas coplas de Mingo Revulgo, cuya trama ha quedado referida al hablar de los cronistas, no dicen nada que afecte a la homosexualidad, a pesar de no omitir otros insultos. De sus comentadores, Menéndez y Pelayo ha creído encontrar en ellas unas alu-

Inapetencia, Anemia, Debilidad VINO MADARIAGA, tónico fosfatado

de moriscos» (Lafuente). Era esta ofensa a la religión y al fanatismo y «la gran tolerancia y avanzada amplitud de espíritu, la verdadera razón de las campañas migratorias de que este rey ha

(1) Véase el número anterior.

siones contra el «vicio nefando», y Paz y Meliá contra las «abyectos torpezas» (Marañón, cap. XIII). En cambio, nada de esto encontraron los demás comentaristas, ni aun Pulgar, que es el que merece más crédito por ser el autor de ellas, según la opinión de algunos. En efecto, las coplas comentan los amores del rey con la portuguesa, y al decir: «Ha dejado las ovejas (que simbolizan el pueblo de Castilla) por folgar (holgar) tras todo seto», nada dice de homosexualidad, pues podía folgar en compañía de la portuguesa, pero en realidad alude a la holgazanería del rey para los negocios públicos, «que huía de los negocios y los despachaba tarde» (Enriquez del Castillo). En otros versos dicen:

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

«= burlan de él los mozalillos = que andan con él en el corro, = Armanle mil guadrasmil = uno le pisa las pesetas, = otro le pela los cabellos. = Así se pierde tras ellos, = metido por las cabañas! = Uno le quiebra el cayado; = otro le toma el zurrón; = otro le quita el zamarrón... = y él tras ellos desbahado! = Pensando mal, varios nombres metidos en cabañas pueden hacer muchas cosas malas, y pensando bien, muchas buenas. Pero la copla se refiere en su primera parte a los mil conflictos que le armaban los magnates y a los despojos que le hacían de fortalezas, ciudades y tesoros, y en la segunda parte al destronamiento de Avila, en el que cada uno de los principales magnates fué quitando un atributo real a la efigie de Don Enrique IV, y éste, en lugar de tomar venganza, les fué a buscar y aceptó gustoso las condiciones que le pusieron para la paz.

Las coplas del Provincial, que «tienen por motivo preferente la sodomía de los personajes de la corte» (Marañón, capítulo XIII), después de lo dicho al tratar de ellas no merecen ningún crédito. La

de tan baja adulación para deslumbrar al Mundo con su gloria), el por algunos supuesto autor de las coplas del Provincial, el que Sitges llama «clérigo apasionado, procaz y deslenguado, indigno de todo crédito» (Marañón, capítulo

Kelatox: Sedante atóxico.

tulo II), el que en sus injurias sólo es creído por Menéndez y Pelayo, Paz y Meliá y Marañón (este último solamente en los ataques al rey), es el cronista único que vierte sospechas indignas sobre el rey y los principales personajes de su corte; pero la misma extensión de sus ofensas contra los que habían figurado en el bando contrario a la reina Doña Isabel le quita todo vestigio de verdad y las reduce a burdas maniobras políticas para engañar y malquistar con su rey a la masa inculta e irreflexiva del pueblo bajo. Este Palencia pone en la boca del Rey Católico una oración fúnebre por la muerte de Don Enrique, que de ser cierta nada tendría de católica. Supone también «relaciones inconcesables» (Marañón, cap. XIII) entre el rey y Pacheco, el rebelde privado, de fecunda imaginación para inventar intrigas, el que esperaba casar a su hija con Don Fernando, el mayor enemigo de los Reyes Católicos desde la boda de

ALBUMINURIA

«Stroarsil» — Muy eficaz.
Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

éstos, el padre de uno de los principales partidarios de la Beltraneja cuando la guerra con Portugal. Pone en el rey infaustas inclinaciones hacia Gómez Solís de Cáceres, maestro de la Orden de Alcántara. Igualmente hacia Francisco Valdés, el alcaide de las torres del puente de Zamora, con quien tuvo que negociar la reina Isabel la entrega de esta plaza, que pertenecía al partido portugués. Y hacia Miguel de Lucas, condestable de Castilla. Cosas todas incompatibles con el genio de estos hombres y con los cargos que desempeñaban.

El Dr. Marañón, arrastrado por este vértigo de Palencia, pone incurso entre los favoritos del rey a Don Beltrán de la Cueva (pág. 90), el tenido por muchos como padre de la Beltraneja; que sería un «gran botarate» (Marañón); pero que, «hidalguito de los más generosos de Ubeda y uno de los más apuestos y gallardos caballeros de la corte, gran cabalgador a la jineta, defendió solo contra todos y cada uno de los caballeros y gentiles hombres de la corte el paso de armas de la Puerta de Hierro, y que antes de la batalla de Olmedo dió las señas de sus armas para que pudieran conocerle los cuarenta caballeros que habían hecho voto solemne de buscarle hasta

Lactofitina: reconstituyente infantil.

prenderle o matarle, y que, después, en la batalla, correspondió a la fama que tenía de esforzado caballero; que más tarde intervino a favor de Doña Isabel en las guerras de Portugal y de Granada» (Lafuente). También hace sospecho-

so de sodomía con el padre de Don Enrique, el rey poeta Don Juan II, al condestable de Castilla Don Alvaro de Luna; «este hombre extraordinario que por más de treinta años había ejercido la mayor privanza», «que maravilló entonces, y asombra todavía su valor y fortaleza en la prisión, su entereza y serenidad en el suplicio» (Lafuente). Que por ser «de cuerpo muy pequeño e miembros bien proporcionados» (Pérez de Guzmán) no debió ser «displásico eunucoide». Que tuvo varios hijos de dos esposas y de varias amigas. Que dedicó a una dama una poesía que empezaba diciendo: «Si Dios, nuestro Salvador, = Ovier de tomar amiga, = Fuera mi competidor». Y que escribió el

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.
BALDACCIO - PISA

«Libro de las claras e virtuosas mujeres», con el objeto de defender al bello sexo, del cual se declaró diligentísimo e inteligente abogado (Alcántara).

Volviendo a Palencia, este cronista aplica al rey hasta las historietas de Boccaccio (Marañón, cap. XIII), relata en forma ilógica y contraria a la verdadera historia. Después de tan graves y temerarias imputaciones, las desvalora diciendo: «En cosas tan secretas no cabe más luz que la que suministran los indicios», y el Dr. Marañón corrobora (pág. 2): «Sería atrevido concluir de estos datos terminantemente la homosexualidad del monarca».

Vencido en su afán, el Dr. Marañón acude al recurso heroico de recordar que Don Enrique vivió al finalizar la Edad Media, «cuando alboreaba el Renacimiento, en uno de los trances de la Historia en que el amor nefando adquiría cierto carácter de normalidad», y para recalcar tan aplastante argumento recuerda también la frase de Maquiavelo de que «un mismo hombre quitaba a las mujeres sus maridos y a los maridos sus mujeres». Tampoco parece este ataque a la honorabilidad del rey muy eficaz; pues si el desdichado Don Enrique no pudo por su impotencia, su debilidad sexual o la fealdad de su rostro

ION-CALCINA

— PALLARÉS —
A base de Cloruro de Calcio.
FRASCO E INYECTABLES

quitar la mujer a ningún marido, no cabe achacarle que padeciera estos defectos por haber antes quitado el marido a ninguna mujer. Y si en aquella época el amor nefando era considerado como normal entre todos los hombres de Europa, no está justificado el esfuerzo ni la molestia de escribir un libro para demostrar que un hombre era igual a todos los demás hombres. Ni había necesidad de buscar una displasia eunucoide para fundamentar un vicio, que precisamente en aquella época, según el doctor Marañón, reidía en los hombres normales.

SIGUE A LA PAGINA XXIV

SEDALMERCK

Antipirético Analgésico

palabra sodomía no es sólo aplicable a la homosexualidad, sino también al concubito entre personas de distinto sexo entre el orden establecido por la Naturaleza (1) o en vaso indebido (2).

El cronista Palencia, el encarnizado enemigo de Enrique IV, el adulador de los Reyes Católicos (que no necesitaban

(1) Diccionario popular de la Lengua Española, po Calleja.

(2) Diccionario de la Lengua Castellana, compuesto por la Real Academia Española en 1780. El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, dirigido por el Dr. D. León Cardenal, precisa cuál es el vaso.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

LO MAS NUEVO

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

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

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

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

Servimos muestras indicando estación destino.

LABORATORIO EGABRO. — CABRA (Córdoba) España.

Preparados de hormonas extraídos de las glándulas.

Intensificados por substancias catalíticas (vitamina mineral electrolizada), del

Dr. Richard Weiss, de Berlín, NW. 6.

VIRILINE (Para el hombre).

Fórmula: Testículos desecados estandarizados.... 200 miligramos.

Cal magnesía anhydroxymethylendiphosphor. (Irradiación ultravioleta).....	50	—
Vainillina.....	1	—
Color azul.....	1	—

Para una tableta.

Empleo: Impotencia de funcionamiento, vejez prematura, neurastenia sexual, etc.

Dosis: Una o dos tabletas con agua, dos o tres veces al día, después de las comidas.

FERTILINE (Para la mujer).

Fórmula: Ovarios desecados estandarizados..... 200 miligramos.

Cal magnesía anhydroxymethylendiphosphor. (Irradiación ultravioleta).....	50	—
Vainillina.....	1	—
Color rojo.....	1	—

Para una tableta.

Empleo: Esterilidad, medio para conservar y regularizar todas las funciones del sistema genital, para los ovarios y cambio de naturaleza, como también para el sistema nervioso en general.

Dosis: Una o dos tabletas con agua, dos o tres veces al día, después de las comidas.

En frascos de 40 y de 100 tabletas.

PANCRESAL

Tabletas activadas de las Hormonas Páncreas, para el tratamiento eficaz y seguro de la

DIABETES MELLITUS

Fórmula: Fermento de páncreas..... 0,3 miligramos.

Asparagina.....	0,3	—
Vitaminas minerales.....	0,4	—

Para una tableta.

Dosis: Una o dos tabletas en agua, dos o tres veces al día, diez minutos después de cada comida. Después de diez días, descansar uno, sin tomarlas. Asimismo, deberá interpolarse un día, una o dos veces por semana, en el que no se darán ninguna clase de carbonos hidrógenos.

En tubos de 15 tabletas. — Cura completa: 6 tubos.

Venta en Farmacias y Centros de Específicos.

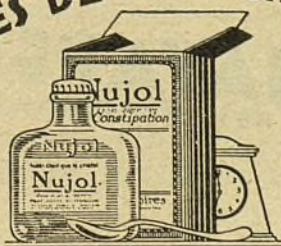
Solicite literatura y una prueba de ensayo al Depósito General para España: **LUIS RONCERO**, Alcalá, 16, Madrid. — Tel. 93.828.

Nujol

MARCA REGISTRADA
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

EL PROTOTIPO DE TODOS LOS ACEITES DE VASELINA

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



Muestras y Literatura
BUSQUETS HERMANOS y Cia.
Ronda Atocha, 23 MADRID

Ayuntamiento de Madrid

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.**

FITIKOLA
FÓSFORO VEGETAL

ELECTROLACTIL
FERMENTOS LÁCTICOS EN LÍQUIDO Y COMPRIMIDOS

**LABORATORIO
ASENSI, XERRI Y C^{IA}
VALENCIA**

GRA-MIL
ALIMENTO VEGETAL

GUAYAPECTOL
VIAS RESPIRATORIAS (JARABE E INYECTABLE)

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: La hipnosis, la alta frecuencia y la parálisis facial de origen histérico en la práctica rural, por el Dr. Carlos Pérez Caballero.—Los sífilis tuberculosos y los tuberculosos sífilíticos, por el Dr. Valdés Lambea.—La especialización de las aguas de Marmolejo, por el Dr. D. Manuel Manzanque.—Sesiones clínicas.—Revista comentada de aparato digestivo, por el Dr. J. Luis-Yagüe y Espinosa.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

La hipnosis, la alta frecuencia y la parálisis facial de origen histérico en la práctica rural

POR EL

DR. CARLOS PÉREZ CABALLERO

Todos cuantos por diferentes razones de diversos órdenes hemos de ejercer la profesión en los pueblos pequeños, de los que somos además el único médico, hemos podido comprobar innumerables veces la frecuencia de los trastornos histéricos, que, simulando toda clase de enfermedades, han de reclamar nuestra asistencia y ponernos en múltiples ocasiones de duda, reclamando nuestra atención, sobre toda clase de especialidades, y dándonos nuestras buenas sesiones de estudio, de las diversas especialidades de nuestra carrera, para al fin y a la postre terminar por no poder encajar el complejo cuadro clínico en ninguno de cuantos complejos sintomáticos hemos repasado, llegando a hacer el diagnóstico por exclusión de la neurosis histérica, encontrándonos entonces, después de un largo y detenido trabajo de *bureau*, con la falta y el fracaso de los tratamientos a exigir, no pudiendo sentar con autoridad nuestras pruebas por falta de consulta con otros compañeros que ratifiquen nuestra opinión, ya que dados los medios pecuniarios de la mayoría de los pacientes les resulta imposible la consulta con otros compañeros.

Respecto al tratamiento de las diversas neurosis histéricas, nos encontramos en una gran obscuridad, dado el gran número de las indicaciones propuestas por los numerosos autores, como por la dificultad de llevarlas a la práctica. Muy aconsejado tenemos el aislamiento y reclusión, lo cual, en la inmensa mayoría de los casos en estos trastornos no es utilizable, ya por el coste excesivo de dicho tratamiento, como por la oposición de la familia a alejar uno de sus miembros en las condiciones que creen de una gran enfermedad que no puede curar en su domicilio.

Todos los autores se extienden sobre el tratamiento preventivo, y aunque éste no es nuestro caso, hemos

de decir también que este tratamiento es muy difícil de hacer, puesto que siempre que somos requeridos por una familia es porque en algunos de sus miembros se ha presentado algún trastorno, el cual ya no podemos prevenir, y los familiares predispuestos a los mismos trastornos, considerándose sanos, no admiten, generalmente, ninguna de las indicaciones que podamos hacerles sobre el particular.

El tratamiento medicamentoso, aunque siempre empleado, sabemos no ejerce beneficio alguno, tanto los antiespasmódicos y antinervinos como la medicación tónica, la cual no está contraindicada, pero que no obra sobre los trastornos neuróticos.

Entre el tratamiento médico podemos admitir el semisugestivo, y aunque en algún caso puede dar resultado, la inmensa mayoría de las veces fracasará, puesto que las píldoras de «mica panis», el elixir de «aqua fontis», de «óxido hídrico», etc., etc., están tan extendidos a todo el vulgo que rara vez nos proporcionará el éxito. El azul de metileno, que por razón de su eliminación también puede actuar sugestivamente, es demasiado conocido por su uso en urología, y propalado en estos medios en que, como un pueblo pequeño, todos los vecinos están al tanto de lo observado en otras enfermedades, quedando después de estos fracasos en peores condiciones para ejercer ulteriormente un tratamiento sugestivo eficaz.

La hidroterapia, también aconsejada en la masa de estos pueblos (ya de por sí refractarios a toda práctica higiénica), por carecer de instalaciones apropiadas, de la falta de medios y las molestias que ocasiona, resulta difícil su aplicación.

Quedándonos últimamente como agentes más útiles en esta enfermedad la electroterapia, la hipnoterapia y el psicoanálisis: para todos ellos encontramos múltiples dificultades; todos ellos, en el curso de nuestros estudios académicos, son mencionados muy a la ligera y algunos de ellos como contraindicados, por razón de su desconocimiento y difícil manejo. Tan sólo el que tenga interés por este asunto podrá documentarse particularmente en ello, y yo mismo, después de haber estado de interno por oposición en una clínica

médica de nuestra Facultad de Medicina en la Universidad Central no he tenido ocasión de ver emplear ninguno de estos medios terapéuticos, a pesar de tener numerosos enfermos de esta clase en nuestra clínica.

La electrología, en el doctorado, es estudiada como voluntaria, y aunque la tengo cursada, tanto en los exámenes como en el programa de la asignatura, siempre se pasa por alto el valor que puede tener este método en los accidentes neuróticos, especialmente histéricos, ya que en otras neurosis, como las coreas, es bien empleado. No voy a discutir aquí si el efecto curativo es producido por la misma corriente, o bien por su efecto sugestivo, pero lo indudable es la eficacia del tratamiento en un gran número de casos. Todos estos motivos, unidos a las dificultades de técnica, hace que medios tan útiles sean en la práctica desconocidos y no empleados por el temor del fracaso o por hacerlo mal.

Respecto a la hipnosis también produce excelentes resultados, a veces teatrales, lo cual es uno de los inconvenientes que objetan los no partidarios del método, pero que son durables, en contra de su opinión, como lo pueden demostrar los múltiples enfermos tratados por este procedimiento, cuando es empleado por personas peritas y conscientes de su valer, como yo mismo he visto casos en la clínica de la Cruz Roja del doctor Camino Galicia, a cuya consulta acudí durante un año y donde aprendí lo poco que sé sobre este asunto. Muchos son los tratados que sobre hipnotismo e hipnoterapia han sido escritos, tanto en nuestra patria como por autores extranjeros; pero sin negarles el valor y mérito que les corresponden, todos ellos adolecen del defecto de ser muy teóricos y no prácticos, de no enseñar a hipnotizar ni la dosificación de este medicamento; asimismo en sus indicaciones están bastante en contradicción unos con otros, y muchos de ellos divagan y varían, llevando el pensamiento y atención del lector por derroteros espiritistas y transmisión del pensamiento, y otras variedades más o menos teatrales, saliéndose de la función médica que nos debe interesar. Entre todos ellos, y como homenaje a quien debo los pocos conocimientos que sobre esta materia poseo, recomendaré como excepción a esta regla la obra del doctor Camino, que en breves palabras y sin gran esfuerzo de aterción enseña cuanto de estas materias debe saber el médico práctico.

Todas estas consideraciones son las que me llevan a publicar modestamente este trabajo, después del éxito terapéutico obtenido en una parálisis facial de origen histérico y cuya historia es la siguiente:

J. O., de dieciocho años, normalmente desarrollada, sin antecedentes neuróticos, menarquia a los quince años, regla siempre normal. El 29 de Noviembre de 1930 nota se le tuerce la boca ligeramente; veo a esta enferma el 2 de Diciembre y presenta una parálisis facial flácida del lado izquierdo de la cara producida a raíz de un disgusto, aunque la familia y la misma enferma lo niegan. El ojo izquierdo está imposibilitado de cerrarlo voluntariamente; boca completamente torcida a la derecha, especialmente al reír y soplar; dificultad en la fonación, no pronunciando bien las sílabas

labiales; al beber en vaso hay pérdida de líquido por la comisura labial enferma, y dificultad en la masticación; lengua sin desviación apreciable; lagrimeo ligero en ojo izquierdo; ligero dolorimiento a la presión en los puntos de emergencia de nervios superficiales; sensaciones táctiles dolorosas y térmicas normales; bóveda palatina en ojiva; anestesia faríngea y uvular; anestesia conjuntival en el ojo enfermo; en el derecho débil reflejo, pupila algo dilatada y perezosa a la reacción en el ojo enfermo; potencia muscular de miembros, normal; implantación de dientes desigual.

Diagnostico parálisis facial a *frigore* probablemente de origen histérico, dados los estigmas que la enferma presenta.

Tratamiento durante ocho días, por medio de anti-espasmódicos y antinervinos, al cabo de los cuales todos los síntomas enumerados han aumentado considerablemente. Decido someterla al tratamiento eléctrico por medio de la alta frecuencia y en sesiones de veinte minutos actúo con electrodo vacuo sobre región mastoidea y en dirección mastoides orbicular de los labios y mastoides palpebral. Se efectúan tres sesiones notándose gran mejoría, puede cerrar el ojo izquierdo durante breves instantes que a causa de la fatiga que le proporciona esta maniobra vuelve a abrir a los pocos segundos; han desaparecido los dolorimientos de la región afecta, pero continúa bastante pronunciada la desviación de la fisonomía, como tirada hacia el lado sano.

Por haberse perforado el dieléctrico de un condensador en el aparato de alta frecuencia me veo obligado a suspender el tratamiento eléctrico, y en vista del fracaso del tratamiento médico decido someterla al tratamiento hipnótico, que es aceptado sin oposición alguna.

Efectuadas las pruebas de sugestionabilidad, dan un resultado débilmente positivo. No acusa dolor a la presión digital sobre vértex cefálico. Tampoco la acusa a la presión sobre globos oculares. La atracción hacia detrás, por imposición manual sobre omóplatos, es efectuada, pero con dificultad y lentamente. La atracción hacia delante, por fijeza de la mirada e imposición de la mano sobre la frente, se efectúa con facilidad, y en cuanto a la elevación de un miembro superior, resulta negativa.

Con todos estos datos, intento al siguiente día la sugestión hipnótica por el procedimiento de la fijeza de la mirada y pases sobre globos oculares, obteniendo a los pocos minutos un sueño hipnótico de relativa profundidad, en el que la dejo sumida durante unos veinticinco minutos, observando entretanto todos sus movimientos, que se reducen a un nervioso parpadeo ligerísimo y algunos movimientos de deglución, verificándose los movimientos respiratorios normalmente y con pausada tranquilidad. Procedo a despertarla con toda facilidad, no conservando recuerdo alguno de lo ocurrido. Durante esta sesión la dejo inculcada la idea de su pronto restablecimiento y de una mayor facilidad y profundidad de sueño en sesiones sucesivas. Al caer en este sueño hipnótico, el ojo izquierdo queda

Salicitiro

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

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

Evita los trastornos gástricos.

Aumenta la eficacia salicilica.

Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

**EN EL REUMATISMO
POLIARTICULAR AGUDO, CRÓNICO, etc.**

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



INYECTABLE DE CALCIO AUTOFIJADOR RADIOACTIVO FIXOCALCINA



**TUBERCULOSIS
HEMOPTISIS
HEMOFILIA
HEMORRAGIAS
RAQUITISMO
RECONSTITUYENTE**

C. KLIEMAND

FIXOCALCINA
LABORATORIO GALAN, CALAF, 8 · BARCELONA

Muestras y literatura: LABORATORIO GALAN, Caa'f, 8, Barcelona.
Ayuntamiento de Madrid

MORRHUËTINE

JUNGKEN

CARACTERES ESENCIALES

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

SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

ES EL RECONSTITUYENTE PREDILECTO DE LOS
SRES. MÉDICOS PARA USO DE SUS HIJOS.

Eficaz en el
tratamiento de las **Adenopatías**
Linfatismo
Escrofulismo
Raquitismo
Diabetes
Heredosifilis
Ameno y Dismenorrea
Convalecencias
Estados llamados **Pretuberculosos**



LABORATORIO MIRABENT BARCELONA

ESPECIALIDAD NACIONAL

Ayuntamiento de Madrid

incompletamente obturado, cosa que logro corregir por nuevos pases oculares, conservándole cerrado durante todo el curso de la sesión.

Segunda sesión: Procedo a la hipnosis por el mismo método que el día anterior, obteniendo el sueño a los pocos segundos, ordenando la confianza en su curación y la facilidad de obtener la hipnosis completa. En esta sesión el sueño es menos profundo, y a los diez minutos aproximadamente abre los ojos en estado semiinconsciente, volviendo ella sola a caer en el sueño hipnótico, operación que repite hasta tres veces, por lo que, sin despertarla, le hago abrir los ojos, y por fijación de la mirada insisto en hacer más profundo su sueño, cosa que se realiza hasta la media hora, en que procedo a despertarla, ordenándola como prueba de mandato posthipnótico la amnesia de su sesión hipnótica.

Tercera sesión: Después de dormida como los días anteriores, procedo a un masaje facial de los músculos paralizados, haciendo la sugestión de que por medio del fluido nervioso de mis dedos irá aumentando el tono muscular perdido, consiguiendo un gran enderezamiento de la boca.

Cuarta sesión: Insisto en la misma forma que el día anterior, ordenándole posthipnóticamente que continúe sin torcer la boca después de despierta.

Quinta sesión: La mejoría es muy manifiesta en estado de vigilia, y durante el sueño es tan acentuada, que, tanto en los movimientos para reír como para soplar, la boca es arrastrada ligeramente en sentido inverso, por lo que los mandatos son hechos para obtener una igualdad de tono muscular en ambos lados de la cara. El sueño hipnótico obtenido hasta hoy no es completo, no pudiéndose producir anestias absolutas ni sensaciones sugeridas posthipnóticas muy grandes; pero no obstante, cada día el sueño se va haciendo más intenso y la autoridad sobre la enferma es cada vez mayor.

Sexta y séptima sesiones: Se continúan los mandatos intra y posthipnóticos respecto a la fuerza normal de los músculos paralizados. Sigue sin obtenerse más que un sueño ligero.

Octava y novena sesiones: La mejoría es tan acentuada que la familia de la enferma la encuentra curada del todo. Se consigue el sueño hipnótico por el simple mandato y pase de la mano por la cara; el sueño es profundo. Se continúan los mandatos en la forma de los días anteriores, lográndose completa normalidad en toda clase de movimientos; tuerce con facilidad la boca, tanto dormida como despierta, lo mismo al lado sano que al paralizado; los ojos los abre y cierra indistintamente. La curación es un hecho. No obstante, continúan las sesiones para asegurar la curación y a petición de la familia.

Por este caso referido podemos observar la eficacia de estos tratamientos en enfermedades tan corrientes como el histerismo, y que con poco trabajo se pueden obtener éxitos en enfermedades que la mayoría de las veces son una mortificación, tanto para el paciente como para la familia y hasta el mismo médico. ¡Cuán-

tas veces no hemos visto a compañeros, y nosotros mismos, tener que acudir con urgencia, a causa de ataques histéricos sin importancia, a las horas más intensivas, haciendo un gesto de resignación!

De la experiencia recogida y de la ajena podemos asegurar que la inmensa mayoría de los trastornos histéricos son curables por la hipnosis, pudiendo ser considerado como el tratamiento específico de dicha enfermedad, el cual cuando es administrado científicamente debe ocupar el puesto que merece en la terapéutica, y que por no necesitar complicaciones de aparatos, instrumental, ni de otro orden, está al alcance de cualquier médico rural, estando libre de trastornos ni peligros cuando es administrado conociendo la materia de que se trata.

Por todas estas razones hemos de lamentarnos, como en el principio de este trabajo indicábamos, de la poca atención que a este método tan eficaz, cuando están bien sentadas sus indicaciones, se le concede en el estudio de nuestra terapéutica y del escaso o ningún uso que de él se hace en nuestras clínicas docentes.

Estremera, Diciembre de 1930.

Los sífilíticos tuberculosos y los tuberculosos sífilíticos

POR EL

DR. VALDÉS LAMBEA
Del Hospital de Madrid-Carabanchel.

Voy a tratar de algunos aspectos parciales del complejo tuberculosis y sífilis, de la sífilis en los tuberculosos, de la tuberculosis en los sífilíticos; de cómo evolucionan las lesiones tuberculosas en los sífilíticos latentes, en los inactivos y en los sífilíticos manifestados, en plena actividad; de los complejos anatomoclínicos constituidos por la asociación tuberculosis y sífilis, y de los tratamientos que debemos emplear con estos enfermos: en los tuberculosos, cuando el factor sífilítico adquiere importancia, y en los sífilíticos cuando existen lesiones tuberculosas en evolución. He de ocuparme también de algunas formas interesantes de la sífilis pulmonar, especialmente consideradas desde el punto de vista radiográfico.

Debo tratar, en primer lugar, de la frecuencia de las manifestaciones sífilíticas en los tuberculosos. Ha ocurrido con la sífilis pulmonar lo mismo, exactamente lo mismo, que con otros procesos pulmonares: que con las neoplasias malignas primitivas del pulmón, que con los quistes hidatídicos, que con la actinomicosis pulmonar. Ha ocurrido que parece aumentar la frecuencia aparente, que hoy exploramos mejor, que pensamos más en los procesos que nos parecían raros, y por esta razón los encontramos más a menudo. Estamos en presencia, y voy a hablar en este momento de un caso personal que tiene a mi juicio gran importancia práctica, de una mujer de cuarenta años, que se queja de trastornos revelantes del aparato respiratorio: de tos, de disnea, de expectoración abundante, que es purulenta, frecuentemente de hemoptisis. La enferma está muy desnutrida. La auscultamos y oímos en ambas bases pulmonares, hasta bastante arriba, más en la parte posterior, numerosísimos estertores consonantes de pequeñas y de medianas burbujas. Hacemos una radiografía y vemos que hay en la parte inferior de am-

bos campos pulmonares numerosos y pequeños elementos redondeados, confluentes a trechos; es decir, que hay, señores, desde el punto de vista radiológico, una verdadera granulía parcelaria, basal, bilateral, con signos estetoscópicos de reblandecimiento. Un médico aficionado a la admisión de diagnósticos fáciles, sentaría sin abrigar dudas el de tuberculosis de los pulmones. Pero analizando este caso y teniendo en cuenta todas las posibilidades clínicas, encontramos algunos hechos dignos de la mayor atención y que merecen atento estudio. Encontramos, en primer lugar, que una enferma tan grave, desde el punto de vista anatómico, según los datos de la radiografía y los datos de la auscultación, apenas está intoxicada. Analizando los esputos purulentos de esta mujer, y no obstante repetir la pesquisa, no hallamos bacilos de Koch. Conduciendo la exploración fuera del aparato respiratorio, diagnosticamos una insuficiencia de las válvulas aórticas. Interrogamos minuciosamente a esta enferma desconcertante, y nos dice que con seguridad ha tenido sífilis. Hacemos una reacción de Wassermann, y ésta da resulta lo positivo. Estamos en presencia de un caso de sífilis pulmonar, con lesiones nodulares múltiples, que habría podido fácilmente ser objeto de un diagnóstico erróneo. Nuestra enferma era tuberculosa, según los datos del interrogatorio, y según algunos detalles radiográficos; pero la tuberculosis aquí no tenía importancia ninguna: no había enfermedad tuberculosa propiamente dicha, ni nosotros para el tratamiento nos ocupamos de la tuberculosis.

El hecho negativo de faltar el bacilo de Koch en los esputos del enfermo puede tener y tiene a menudo una importancia considerable, porque después de hecha la historia clínica, después de oír, es un ejemplo, abundantes estertores húmedos y otros signos no menos expresivos de auscultación, después de ver terminantes sombras radiográficas, la falta de bacilo de Koch en el esputo nos dice muchas veces casi con absoluta seguridad que no se trata de tuberculosis; puede tratarse de una bronquiectasia, de una bronquitis crónica purulenta con dilataciones bronquiales, de una neoplasia ulcerada del pulmón, de una sífilis pulmonar. No nos aferremos al diagnóstico de tuberculosis y pongámonos en condiciones para salirnos cuando sea necesario del campo de la fimatología. La falta de tos, la escasa o nula impregnación tóxica, la falta de fiebre, la coexistencia de una artropatía o de una lesión osteoarticular, son hechos y circunstancias importantes que pueden ponernos en el camino de diagnosticar la sífilis de los pulmones.

¿Qué decir sobre la frecuencia de la sífilis de los pulmones, de la sífilis de los bronquios y de los pulmones, mejor dicho? El treponema no tiene especial predilección por el aparato respiratorio como la tiene por la piel, por las mucosas y por los huesos; pero a veces, por razones que se nos escapan, se localiza en los bronquios y en los pulmones, dando lugar a lesiones variadísimas determinantes de cuadros clínicos diferentes. Ya en el período secundario hay con cierta frecuencia un proceso de verdadera bronquitis específica que se caracteriza por manifestaciones de catarro con secreción más o menos abundante y que da lugar a un síndrome integrado por tos, por expectoración, etc. Exactamente igual que sucede con otras bronquitis infecciosas, el proceso gana el final del árbol bronquial, invade los alvéolos y se constituye una bronquioalveolitis que puede evolucionar de un modo violento, agudo o subagudo, sin hacernos pensar en la etiología sifilítica. Es evidente que la evolución de una broncopatía luética fuertemente catarral y flemática ha de actuar desfavorablemente (y anticipo en este momento algo de lo que diré después) sobre las lesiones tuberculosas cuando existan, contribuyendo a la ge-

neralización, a la diseminación del proceso fímico por el sistema broncopulmonar. Evidentemente puede ser una gran desgracia para un tuberculoso en actividad o con lesiones semiapagadas contraer la sífilis y especialmente padecer la bronquioalveolitis luética dicha.

El problema diagnóstico puede ser, como se comprende en el caso anterior de solución difícil, y pensar que posiblemente el episodio de bronquioalveolitis sobrevenido en un tuberculoso que acaba de contraer la sífilis puede ser de esta naturaleza, es ponerse en camino de resolver dicho problema haciendo un tratamiento arsenical, según diré después.

Un enfermo tuberculoso estudiado por mí logró dominar con un enérgico tratamiento de reposo un intenso proceso exudativo parahiliar derecho que se inició como una afección aguda. Antes de tiempo abandonó la cura de reposo, notablemente mejorado, reintegrándose a la población y contrayendo la sífilis. En pleno exantema, bronquioalveolitis intensa generalizada, y cuando este proceso había cedido notablemente con el tratamiento salvarsánico, cuando parecía haberse conjurado todo peligro, violenta hemoptisis, fiebre alta, vuelta a la tos, expectoración abundante, muchos bacilos de Koch en los esputos, formación rápida de una cavidad y entrada en la tisis que acabó pronto con el enfermo.

Sobre la frecuencia de la sífilis como proceso complicativo de la tuberculosis de los pulmones hay numerosas estadísticas y opiniones muy variadas. Algunos autores estudian esta frecuencia según un criterio puramente clínico, es decir, que se atienen a la existencia o no existencia de manifestaciones sifilíticas en tuberculosos confirmados, mientras que otros sacan sus deducciones de los datos que dan las reacciones humoresales. Hay una estadística muy interesante de Sallant: este autor ha hecho en tuberculosos 1.067 reacciones de Wassermann y ha encontrado el 21 por 100 de resultados positivos; pero no el 21 por 100 de los 1.067 tuberculosos tenían manifestaciones sifilíticas. Ha realizado Sallant 358 veces la reacción de Kahn, obteniendo resultado positivo en el 15 por 100 de los casos. Según un estudio muy interesante de Stuek y Chunly no actúa la tuberculosis sobre la especificidad de la reacción de Kahn en los sifilíticos. Ha practicado dicha reacción en 380 sujetos, de los cuales 352 eran tuberculosos. La sífilis no abunda en los tuberculosos más que en otros sujetos que no lo son, y no me refiero en este momento a la sífilis pulmonar, sino en general a las manifestaciones de la infección sifilítica. Los motivos y las ocasiones de contagio que tienen los tuberculosos no varían fundamentalmente de los que tienen otros sujetos, y en todo caso disminuyen las ocasiones, como tiene que suceder en sujetos sometidos a tratamiento.

¿Tienen los sujetos sifilíticos motivos especiales de predisposición para la tuberculosis? La sintomatología anatómica y clínica de la tuberculosis pulmonar, ¿tiene modalidades especiales en los sujetos sifilíticos? Voy a procurar contestar lo más claramente a estas preguntas.

La sífilis es un proceso esencialmente crónico con frecuentes episodios bacilémicos, y consecutivamente a estos episodios con localizaciones del agente productor en órganos distintos. En este momento hablamos de la sífilis en actividad, de los procesos sifilíticos. Otras veces está la sífilis en estado de latencia: no hay gérmenes en circulación, no hay lesiones evolutivas. Los treponemas, exactamente igual que otros parásitos, que el hematozoario, por ejemplo, están acantonados en ciertos territorios celulares; no hay enfermedad propiamente dicha: el sujeto no se siente enfermo, no hay síntomas de estado general y no hay tam-



INSULIN, LILLY

Insulin, Lilly es una preparación pura y altamente refinada de contenido nitrogenoso bajo, estando especialmente libre de proteínas que producen reacciones. El Insulin, Lilly está caracterizado por su pureza, estabilidad y uniformidad, y su uso viene en constante aumento entre la profesión médica. Proteja sus intereses especificando en sus recetas la marca "Lilly."

Escriba solicitando literatura

ELI LILLY AND COMPANY

Su droguista al no tenerlo en existencia, se abastecerá por conducto de nuestro distribuidor al por mayor:

SR. DR. REMIGIO ROMERO

Altamira 5 y Padilla 2, Alicante, España.

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

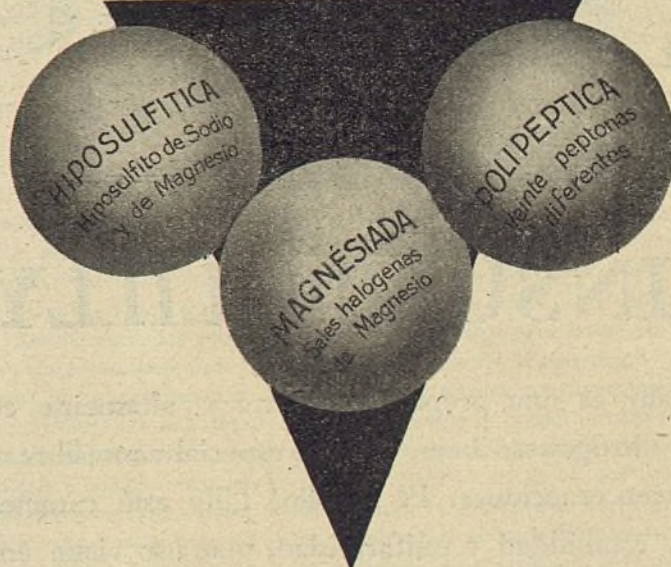
PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine

LANSON

(ἀντί=CONTRA, κλάσις=SHOCK)

Asociación antianaafiláctica polivalente



**RESTABLECE EL EQUILIBRIO
HUMORAL Y SIMPÁTICO**

DOSIS PARA LA FORMULA GRANULADA:

ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.

NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

DOSIS PARA LA DE COMPRIMIDOS:

ADULTOS: 3 a 5 por día.

NIÑOS: 1 a 3 por día.

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva, Deficiencia hepática, Intoxicación alimenticia, Jaquecas, Insomnios, Vértigos, Eczemas, Urticaria, Enfermedades de Quincke, Asma, Disnea, Reuma de los huesos, Corizas espasmódicas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tumores benignos, Cáncer.

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

poco sintomatología topográfica. En este momento, por lo que se refiere a la predisposición del individuo para contraer la tuberculosis, tanto monta que sea sifilítico como que no lo sea; el que adquiera o no adquiera la tuberculosis dependerá de los mismos motivos y razones que intervienen en los no sifilíticos; de la resistencia antituberculosa adquirida por haber dominado lesiones fímicas más antiguas, del número y de la virulencia de los gérmenes. Se ha afirmado que aumenta la sífilis la predisposición para la tuberculosis, y esto, en términos generales, no es exacto, siendo necesario distinguir para hacer dicha afirmación. La sífilis inactiva, lo repito, no puede actuar y no actúa como elemento predisponente. La sífilis activa sí. Un sujeto con sífilis en plena evolución, secundaria, terciaria, como sea, tiene un déficit defensivo general, una disminución de las defensas antiinfecciosas, y se encuentra frente a la fímia en las mismas condiciones desfavorables que frente a otras enfermedades producidas por agentes vivos. Un brote sifilítico, especialmente si afecta al sistema broncopulmonar, actúa siempre desfavorablemente sobre las lesiones tuberculosas y sobre el organismo en general del tuberculoso: sobre las lesiones tuberculosas del pulmón, como ya dije antes, refiriéndome a las broncoalveolitis lúeticas.

Se han hecho estudios interesantes sobre la anergia tuberculosa debida a la sífilis. Por ejemplo, Lelong y Rivalier han llevado a cabo reacciones tuberculínicas en 63 sifilíticos de los cuales 40 tenían manifestaciones secundarias. En 20 casos la reacción fué negativa y debilísima, casi negativa en otros sujetos. En ciertos casos, pues, actúa la sífilis como proceso anergizante. Según han visto los autores citados, en los sifilíticos con estigmas de tuberculosis la negatividad de la reacción cutánea dura más que en otros individuos.

La coexistencia en el mismo pulmón de la tuberculosis y de la sífilis está probada, no solamente por las pruebas clínicas, por los resultados del tratamiento, sino por la demostración de ambos parásitos, del bacilo de Koch y del treponema (Kielty). Esta coexistencia es muy lógica, porque se trata de dos infecciones que abundan mucho y que se adquieren con facilidad. Seguramente si la predisposición del pulmón para la sífilis fuera tan grande como lo es para la tuberculosis, la coexistencia de ambas lesiones sería todavía más frecuente.

No es cierto, en mi opinión, que, como se ha dicho, (Vearck), prepare la sífilis el camino a la tuberculosis. La sífilis actúa exactamente igual que otros procesos infecciosos, y menos todavía que algunos enérgicamente anergizantes como la coqueluche y el sarampión; la gripe misma, que determina con frecuencia procesos de los bronquios y de los pulmones, y que por esta última razón contribuye a la diseminación de las lesiones tuberculosas por el aparato respiratorio, al despertar, al reavivamiento de lesiones apagadas. Las manifestaciones broncopulmonares de la sífilis, aun cuando no tan raras como se creía en otras épocas, no son muy frecuentes. El diagnóstico clínico de la sífilis broncopulmonar no es seguro en todos los casos y hay, sin duda, cierta tendencia a dar como de índole sifilítica todas las manifestaciones de cualquier aparato u órgano que presenta un sujeto sifilítico.

Se ha escrito bastante sobre la evolución de las lesiones tuberculosas en los individuos con heredosifilis. Es cierto que en los niños heredosifilíticos la tuberculosis sigue a veces una marcha marcadamente favorable, evolucionando de un modo lento e intensificándose los procesos escleróticos. Parece en efecto, que en ciertos casos la asociación heredosifilis y tuberculosis constituye en los niños un complejo semejante a la escrófula: hay, efectivamente, adeno-

patías que evolucionan de un modo rastrero y, en general, hay tendencia a las manifestaciones exudativas. Pero no se trata, ni mucho menos, de una ley, porque en ciertos heredosifilíticos una infección masiva determina cuadros graves de neumonías caseosas que evolucionan rápidamente hacia la clasificación, o se constituye una granulía generalizada muriendo el niño en poco tiempo asfixiado, con el síndrome de una bronquitis capilar o con metástasis meníngeas. Yo he visto algunas veces que en niños heredosifilíticos evolucionaban las lesiones pulmonares como si se tratase de adultos; es decir, que se constituía la verdadera tisis de los pulmones, una tuberculosis cavitaria de evolución rastrera. Pero yo no creo que este modo de evolucionar dependiese esencialmente de la infección sifilítica transmitida por los padres, puesto que en otros niños no heredosifilíticos también a veces la tuberculosis evoluciona lentamente, como si se tratase de adultos. A mí no se me ha alcanzado nunca la razón de por qué una infección como la sífilis puede influir favorablemente en los niños sobre la tuberculosis, y siempre he pensado y he confirmado mi pensamiento por los resultados de mi experiencia, que los niños heredosifilíticos no se encontraban en mejores condiciones defensivas frente a la tuberculosis que los que no lo eran.

Algunos autores, especialmente de la escuela francesa, han sostenido que en los adultos acentuaba la sífilis las tendencias cirrógicas de las lesiones tuberculosas pulmonares. No solamente esto, sino que también el fondo sifilítico del enfermo favorecía la intensificación de los procesos de calicosis. La sífilis como afección constitucional, como infección lenta determinante de estados humorales especiales, yo no creo que pueda influir favorablemente sobre la evolución de las lesiones tuberculosas por intensificación de los procesos conjuntivos, y pienso que frente a las lesiones tuberculosas del pulmón se encuentra en peores condiciones un individuo sifilítico que otro que no lo sea. Sólo me estoy refiriendo ahora a la sífilis inactiva, a la sífilis latente o semilátente, pues respecto de la sífilis en evolución repetí lo dicho más atrás: que actúa ella sobre las lesiones tuberculosas de un modo nefasto, fatal en ocasiones.

Disponemos en la actualidad de algunos estudios importantes sobre los síndromes clínicos puros, radiográficos y anatomopatológicos de la sífilis de los bronquios y de los pulmones. Hay estudios recientes muy interesantes sobre la sífilis bronquial. Radiográficamente se caracterizaría este proceso por la aparición de intensas sombras arboriformes que traducirían la existencia de un proceso de conjuntivosis enérgico. R. Benda ha insistido mucho sobre este asunto y se ha ocupado intensamente de estudiar las bronquitis sifilíticas crónicas. Pero no hay realmente radiografías características de estos procesos, puesto que sombras semejantes a las dichas encuéntrase en radiografías de tosedo. res crónicos con neumoconiosis, respiradores de distintos polvos que a la larga tienen un proceso generalizado de cirrosis bronquial. Por otra parte, el proceso de conjuntivosis no se limita exclusivamente a los bronquios, sino que se extiende a toda la trama del parénquima pulmonar o a todo el tejido de sostén.

La lúes como afección rastrera determinaría, por lo dicho, un proceso de peribronquitis generalizada y de cirrosis interalveolar. En sujetos simplemente tuberculosos que han hecho, por decirlo así, la fímia de una manera lenta y solapada, se va constituyendo también un proceso de peribronquitis y de interalveolitis, y las radiografías de estos individuos tienen el mismo aspecto que aquellas otras que se dan como características de los individuos con sífilis bronquial crónica.

He hablado antes del síndrome de bronquitis aguda y subaguda que existe en el período secundario de la sífilis. Más adelante el proceso luético se puede localizar parcelariamente en uno o varios bronquios constituyéndose un goma, que si no se trata de un modo conveniente evoluciona hacia la ulceración, cicatrizándose por fin el proceso y dando lugar a menudo esta cicatriz a una estenosis del tubo aéreo. Debe pensarse en la etiología sífilítica en todo caso de estenosis de los bronquios o de la tráquea. La sífilis interviene también algunas veces en la etiología de ciertas bronquiectasias infantiles; por encima de la estenosis vanse acumulando los exudados, y el bronquio sufre un proceso flegmático y degenerativo dilatándose poco a poco. Es interesante señalar que muy a menudo se localizan las lesiones sífilíticas por debajo de la bifurcación del bronquio donde evoluciona el goma; se produce más tarde una ulceración, y, por último, la estenosis. Las exploraciones broncoscópicas, que merecen una mayor generalización, que se deben practicar más a menudo de lo que se hacen, tienen una gran importancia para el diagnóstico de los gomas bronquiales.

En ciertos casos, por el modo especial de reaccionar el enfermo, da lugar la lesión sífilítica bronquial a un proceso intensamente flegmático, no ya del bronquio afecto, sino de otros bronquios y del parénquima pulmonar; es decir, que se constituye una bronquioalveolitis fuertemente exudativa determinante de un síndrome aparatoso. También en algunos casos el goma bronquial se hace invasor, perfora el bronquio o un vaso de importancia y se produce una hemoptisis que puede ser mortal.

En algunas historias de enfermos con sífilis bronquio-pulmonar se registran hemoptisis muy graves.

Hay una forma de sífilis pulmonar que tiene importancia especialmente desde el punto de vista radiográfico, porque el proceso se confunde con una afección neoplásica maligna y hasta con un quiste. Un enfermo de Massini de diagnóstico incierto dió una radiografía en la cual se apreciaba una sombra redondeada del tamaño de una naranja en la mitad del campo pulmonar. Tratábase de un gran quiste hidatídico. Las reacciones inflamatorias alrededor del proceso luético y la hiperproducción conjuntiva, dan lugar a que el aspecto redondeado de esta sombra se pierda pronto. He de recordar en este momento que algunas neoplastias malignas del pulmón dan también a veces imágenes radiográficas redondeadas, como si se tratase de un quiste.

La sífilis broncopulmonar evoluciona a veces, vuelvo ahora a un extremo tocado anteriormente, como un proceso de esclerosis generalizada y sistematizada que afecta a los vasos, a los bronquios, a los tabiques. Han sostenido algunos autores, Sergent y Durand, por ejemplo, que este proceso de cirrosis sistematizada es siempre de origen sífilítico. La hiperplasia conjuntiva adquiere a veces tal intensidad que ocurre como en un caso Letulle; venise invadidas por tejido conjuntivo las paredes de los tubos aéreos, que llegan a obliterarse y a desaparecer, como los alvéolos pulmonares, ahogados por la gran cantidad de tejido elástico.

Me he referido hace un momento a la evolución fría de la sífilis pulmonar, a la falta general de toxemia. Conviene a este propósito no generalizar demasiado. En efecto, la sífilis pulmonar pura, por decirlo así, no suele producir generalmente grandes síntomas tóxicos, y desde este punto de vista, por lo que se refiere a los síntomas generales, a los trastornos metabólicos, parece que el organismo no se entera de lo que ocurre. En este sentido se conduce la sífilis de un modo totalmente opuesto a como lo hace la tuberculosis. Un sujeto con una pequeña lesión tuberculosa evolucionan-

do en el pulmón o en un ganglio tiene a veces mucha enfermedad, gran adelgazamiento, fiebre, grandes disturbios del sistema neuroendocrino, fenómenos acentuados de distonía neurovegetativa, gran sentimiento de enfermedad. La sífilis de las vísceras, en general, y dentro del tema de mi conferencia la sífilis de los pulmones, no se conduce de esta manera: no hay adelgazamiento, no adquiere casi nunca importancia el síntoma fiebre, se conserva el tono del sistema neurovegetativo. Esto es lo frecuente en la clínica de la sífilis, aun cuando se ha escrito bastante sobre la *tisis sífilítica*, sobre la consunción sífilítica en relación de dependencia con las lesiones del pulmón. Hay a este respecto observaciones antiguas que tendrán siempre un interés extraordinario, y yo recuerdo el caso de Fournier, publicado hace más de cincuenta años, calificado por el gran sífilógrafo de «*agedenismo terciario cutáneo y tisis sífilítica simulando la tisis común*». Tenía el enfermo aspecto de tísico, expectoración purulenta, sudores, signos cavitarios, y curó con el tratamiento por fricciones y yoduro que se empleaba en aquella época. Yo conservo vivo el recuerdo de un hombre de unos treinta años al cual ví en Asturias con artroaléas tardías, que diagnosticué erróneamente de osteoartritis tuberculosa, tratando al enfermo con inmovilización y helioterapia. En un momento dado el estado general del sujeto, bueno hasta entonces, empezó a decaer, adelgazó rápidamente y aparecieron en el lóbulo superior derecho estertores burbujosos, soplo bronquial, submatidez que se extendía por debajo de la clavícula, tos molesta y expectoración abundante en la cual faltaba el bacilo de Koch. En estas condiciones, y con el diagnóstico de osteoartritis tuberculosa y tuberculosis caseosa del lóbulo superior derecho, se presenta un síndrome laríngeo; un colega competente sospecha un proceso luético y me plantea el problema de si se debe o no por el estado pulmonar hacer un tratamiento antisifilítico. Instituyo inmediatamente una cura con salvarsán y obtengo en menos de dos meses un triunfo verdaderamente notable. Gracias a aquel caso yo he pensado después muchas veces en la sífilis de los pulmonares.

Podría hablarse quizá de formas intoxicantes de la sífilis pulmonar, pero yo no sé si hay razón para esto. A veces en el síndrome general de toxemia que presentan ciertos enfermos con lesiones sífilíticas extensas del pulmón intervienen las infecciones secundarias: trátase algunas veces de procesos septicémicos, estando la puerta de entrada en las lesiones ulceradas de los bronquios y de los pulmones.

Conviene decir dos palabras sobre el comienzo y la evolución agudos de la sífilis pulmonar, porque generalmente el médico, cuando se habla de la sífilis de las vísceras, piensa en un proceso crónico que se inicia a la sordina y que va evolucionando lentamente. Sin embargo, las lesiones tardías de la sífilis pulmonar determinan algunas veces cuadros de gran aparato-sintomático, de tal manera que se piensa en una neumonía o en una bronconeumonía aguda. Sucede exactamente igual que con el llamado comienzo agudo de la tuberculosis. La lesión específica, tuberculosa o luética, da lugar a una reacción perifocal de intensidad muy grande, por el modo especial de reaccionar el enfermo, y se constituye un complejo de broncoalveolitis exudativa, con intenso catarro bronquial y con mucho líquido en los alvéolos, de gran aparato sintomático: hay mucha tos, hay expectoración, disnea, y puede haber hemoptisis de la misma patogenia que la de la tuberculosis. Un tratamiento enérgico y oportuno puede conseguir la curación del proceso, que si no se ataca con eficacia termina en la ulceración, constituyéndose una cavidad o una cicatriz reparadora que puede ser dañina por su localización y su tamaño.

**TRATAMIENTO
DE LAS
JAQUECAS, EPILEPSIAS
Y ESTADOS ALERGICOS**

NEUROCRIN KRINOS

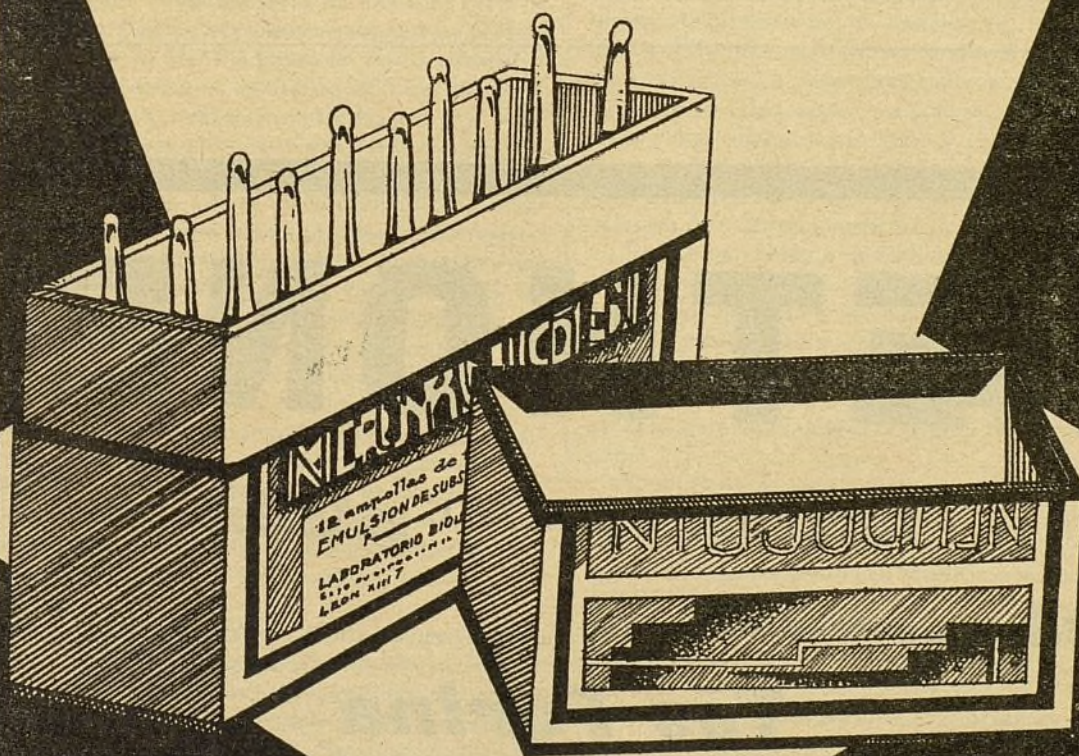
(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

ADMINISTRACION Y DOSIS:

El NEUROCRIN KRINOS va contenido en ampollas de 1 c. c. que por el reposo se divide en dos capas, siendo preciso agitarlo antes de ser aspirado por la jeringuilla.

En los adultos, una inyección subcutánea en días alternos; en los niños, mitad de la dosis.

NOTA IMPORTANTE: Para el tratamiento de las Epilepsias consúltese antes nuestro folleto «La emulsión cerebral en el tratamiento de la Epilepsia».



LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:
Laboratorio López-Brea - León XIII, 7 - Barcelona (S. G.)

Ayuntamiento de Madrid

BISMUTHOIDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS : Solución acuosa

Sin dolor

LABORATORIOS M^{ce} ROBIN, 13, Rue de Poissy, PARIS

Depositarios para España: GIMÉNEZ-SALINAS y O.^a, Sagués, 2 y 4, Barcelona, (S. G.)

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *espasmodica*

Tos Ferina

Tos *de los* **Tuberculosos**

Laboratoire de L'AETHONE, 9, Rue Boissonnade, Paris.

Las lesiones pulmonares sífilíticas se localizan generalmente en la mitad de los pulmones o en las bases, y es interesante señalar que muchas veces los sífilomas se sitúan en el sitio predilecto del llamado infiltrado precoz: por delante, debajo de la clavícula, y por detrás, en la región interescápulovertebral, hacia la parte media o más abajo.

En estos últimos tiempos han salido algunos trabajos sobre las granulias pulmonares sífilíticas. Hay, en efecto, una erupción más o menos abundante de lesiones elementales sífilíticas, de verdaderos gomias miliares que invaden los pulmones en mayor o en menor extensión. El proceso es esencialmente vascular. En los primeros estadios evolucionan con poco aparato sintomático si no hay lesiones en los bronquios o en los pulmones que adquieran por sí mismas relieve clínico. A veces se desarrolla un síndrome violento de bronquioalveolitis: hay mucha tos, disnea intensa y la muerte. Las imágenes radiográficas obtenidas en estos enfermos son complejas, porque no se ven solamente las formaciones granúlicas, sino otras muchas debidas a procesos ganglionares mediastínicos o pulmonares gomosos o de naturaleza conjuntiva.

Voy a terminar diciendo dos palabras sobre algunos puntos de vista terapéuticos. Admitida la posibilidad o la certidumbre de que nos hallamos frente a un sujeto con una bronconeumopatía sífilítica, reconocida la importancia del factor sífilítico en el sujeto tuberculoso, plantearemos el problema terapéutico disponiéndonos de primera intención a actuar con eficacia y no a hacer un tratamiento imaginario. Pensamos desde el primer momento que sólo podemos esperar la curación, aun estando seguros de la índole sífilítica del proceso, dentro de los límites de la anatomía patológica; es decir, que no debemos pretender la desaparición de una estenosis bronquial irremediable ni de una gran masa de tejido conjuntivo. Cuando nos encontremos ante un proceso pulmonar importante, desde el punto de vista anatómico, y afirmemos o sospechemos su naturaleza sífilítica, no nos limitaremos a un tanteo terapéutico cobarde, sino que haremos un tratamiento enérgico, único que puede conseguir la curación, afirmando o negando la naturaleza del proceso. Un ejemplo solamente para aclarar mi pensamiento: estamos en presencia de un enfermo con un proceso lobular masivo; hay una gran sombra radiográfica densa, hay matidez, hay estertores húmedos consonantes, de gruesas burbujas. En estas condiciones tenemos una reacción de Wassermann fuertemente positiva y no encontramos en los esputos bacilos de Koch. Tenemos, pues, fuertes presunciones a favor de la índole sífilítica de la lesión pulmonar.

Es indispensable un tratamiento enérgico y rápido, verdadero tratamiento de ataque, lo mismo que cuando en presencia de un enfermo no sabemos si se trata de un epitelio-ma bronquial primitivo o de un sífiloma pulmonar. Digo lo mismo a propósito de ciertos síndromes mediastínicos cuya etiología es poco clara y que son en algunos casos de naturaleza luética.

El tratamiento soberano de los sífilíticos pulmonares es el salvarsán, que emplearemos también en el caso de que el sífilítico sean tuberculoso, cuando sospechemos o aseguramos, lo repito, la presencia del factor luético. Únicamente cuando hay acentuadas tendencias hemoptoicas conviene conducirse con cautela; pero no haciendo nunca un tratamiento imaginario. El mercurio y el bismuto son malos fármacos para los tuberculosos sífilíticos.

En los tuberculosos antiguos sífilíticos, con lesiones luéticas activas, con manifestaciones de bronquitis crónica y de neumonía intersticial, haremos de vez en cuando curas de yodo, que es el remedio de la sífilis pulmonar esclero-

sante: haremos curas por etapas, perseverantemente. Administraremos por la boca yoduro potásico o haremos inyecciones intramusculares empleando uno de los muchos preparados que se encuentran en el comercio. El organismo tolera en inyección intravenosa grandes cantidades de yodo metaloide, pero este procedimiento tiene el inconveniente de que se esclerosa la vena y no es de recomendar para hacer un tratamiento continuo. Cuando inyectamos una mezcla de solución de Lugol e hiposulfito sódico, introducimos en la sangre, no yodo metaloide, sino yoduro potásico y tetratiónato sódico, que se forma cuando ponemos en contacto las dos soluciones dichas. Las lesiones pulmonares evolutivas en los antiguos sífilíticos, en los sífilíticos inactivos o latentes se tratarán como todas las lesiones tuberculosas, haciendo cura de reposo, practicando el neumotórax, la frenicectomía, etc.

La especialización de las aguas de Marmolejo ⁽¹⁾

POR EL

DR. D. MANUEL MANZANEQUE

Por el cargo oficial que desempeño, y si no fuera por esto por el espontáneo impulso de mi voluntad, tengo el gusto de dirigir a ustedes un saludo de bienvenida, extensivo a las señoras que les acompañan y que abrilantan este acto por su distinción y belleza.

Como es usanza en ocasiones análogas a ésta, cuando una colectividad de médicos visita una estación hidromineral el médico director de la misma debe hacer los honores de la casa, hablándoles de algo pertinente a la estación, sin pretensiones de conferencia, sino de sencilla información, pues sólo en este concepto puedo yo dirigirme a concurso tan prestigioso como el que me escucha. Y siendo la especialización terapéutica de estas aguas más clara y definida la litiasis biliar y renal, y muy particularmente la primera, y su temible episodio el cólico hepático, a este asunto he de referirme, contando con la benevolencia de ustedes. Procuraré no cansarles.

Ya que ha venido a mis labios la frase *especialización terapéutica*, quiero, en un instante, definir su sentido, puesto que es una de las bases fundamentales de la Hidrología médica latina, sobre todo de la francesa y española, desde que Durand-Fiersel echó a volar este concepto en la segunda mitad del siglo XIX y fué recogido por los autores del primer Anuario Oficial de Higrología en España.

El concepto de especialización deriva en mi juicio de la electividad de acción fisiológica de un agua mineral en tal órgano, aparato o sistema de la economía, lo mismo que la electividad de acción de un medicamento en la Farmacopea, los bromuros, por ejemplo, dirigen su acción fundamental al sistema nervioso central; el curare a las terminaciones nerviosas motoras de los músculos; la belladona, a la fibra muscular lisa especialmente del iris e intestino, *et sic de coeteris*, pues del mismo modo las aguas minerales, a pesar de que su acción es constitucional o general, impresionan preferentemente y de modo primario tal órgano, aparato o sistema; las sulfurosas, el tegumento cutáneo y las mucosas, además de ser hipersistólicas; las cloruradas, el sistema linfático y las vísceras abdominales cuando son

(1) Conferencia dada en Marmolejo el día 6 de Octubre de 1930, con motivo de la visita de los antiguos alumnos de la Facultad de Medicina de Granada.

muy mineralizadas; las cálcicas y oligometálicas, el sistema nervioso de la vida orgánica y vegetativa; las alcalinas, el pH de la sangre y los humores. Pues de esta electividad de acción medicamentosa deriva en primer término su predominante terapéutica y en último su especialización, a la cual, en este momento científico, se llega por vía empírica.

Es, pues, en este sentido la especialización la afección o conjunto de afecciones o procesos morbosos en los cuales la experiencia indica que producen el mayor número de veces una acción benéfica más determinada. A la especialización se llega realmente por los mismos enfermos, que propagan los efectos de las aguas, dando una noción empírica de las mismas que luego el médico pula y rectifica. Pues bien, en Marmolejo esta especialización recae en las litiasis biliar y renal, y, por lo tanto, en su episodio más flagrante y característico: el cólico hepático y nefrítico. Del primero he de ocuparme en esta información.

La noción de cólico hepático positivamente ha cambiado, sobre todo en los últimos años, en que se ha estudiado con todo esmero la fisiología y patología de la vesícula biliar. En los tiempos ya muy remotos, medio siglo, en que yo hice mis primeros tanteos en el ejercicio de la Medicina y en la práctica balneológica, se consideraba la vesícula biliar como un mero reservorio de la bilis, y el hígado como una glándula encargada de su secreción, y pare usted de contar. Su función glucogénica, su función ureógena, su función antitóxica, etc., etc., eran desconocidas. El cólico era un mero episodio de la migración de los cálculos de la vesícula al intestino por la dilatación de los conductos que ha de atravesar, y el cálculo, una concreción resultante del espesamiento de la bilis, cuando, por una u otra causa, los ácidos glucocólico y taurocólico no ejercían su acción disolvente sobre la colestestina. Pero las cosas han cambiado. Hay muchos cólicos hepáticos sin cálculos, y hay muchos más cálculos en la vesícula sin ocasionar la menor molestia al que los lleva; todo lo cual prueba que la teoría mecánica de la migración del cálculo es en mucha parte incompleta y que hace falta la intervención de otros factores para la determinación de la coleditis y del cólico, que proceden del estado de la vesícula, y lo mismo pueden ser procesos inflamatorios de colecistitis que un estado alérgico o de sensibilización del órgano. Es decir, que el cólico hepático puede considerarse como un proceso reaccional de la vesícula provocado, ya por coleditos que se alojen en la misma, ya por otros factores extrahepáticos que provocan una especie de *shock* o síndrome coloidoclásico. Hay en este aspecto modalidades reaccionales tan intensas y dolorosas como el cólico mecánico, y, sin embargo, la vesícula se encuentra indemne de toda lesión anatómica; y, en cambio, hay casos en que está inflamada y en ocasiones supurada, como lo marca la fiebre bilioséptica.

Hay que tener en cuenta para afinar el diagnóstico etiológico del cólico hepático la propiedad de la vesícula, como órgano inervado por el sistema parasimpático, de dejarse sensibilizar por varias albúminas que determinan en este órgano una receptividad alérgica para muchas sustancias inocuas para el organismo normal: huevos, leche y otras muchas de orden alimenticio o medicamentoso.

El cólico hepático no se presenta siempre con el cuadro clínico clásico de dolor intenso que se irradia a la espalda y parte del hueso epigástrico, puntos vesicular, frenico-escapular, etc., sino en otros variados aspectos atípicos,

de los cuales se ha ocupado ampliamente en EL SIGLO MEDICO el ilustre profesor de la Universidad granadina D. Fidel Fernández, formas de apendicitis, determinaciones ileocecales, formas sincopadas simulando angor pectoris y otras varias que requieren mucha destreza en el diagnóstico. En estos momentos hay en Marmolejo una señora, hermana de un médico de la provincia.

Tuvo un día un acceso de neuralgia superciliar intensa y por de pronto fué tratada por los medios sintomáticos adecuados y desapareció; a los pocos días se repite la escena y se piensa en paludismo y otras cosas; pero vuelve a repetirse el cuadro sindrómico, acompañado de manchas parduzcas en la frente y mejillas y de ligero dolor vesicular casualmente producido por un movimiento de la enferma. Se acentúa más tarde el dolor y se presenta el cuadro clínico del cólico hepático. Y siempre que después le ha repetido este cólico ha sido con los mismos fenómenos.

Pero aparte de esta variedad de formas o tipos clínicos, la receptividad alérgica de la vesícula, soberanamente descrita por el Dr. Regueiro López en las Jornadas Médicas gallegas, multiplica la variedad etiológica y aun los tipos clínicos. Esta hipersensibilidad alérgica de la vesícula, que puede despertarse por las más livianas causas, dando lugar al proceso reaccional de cólico hepático, aun sin cálculo en ella, se realiza de varios modos: por metástasis de sustancias alérgicas procedentes de focos supurados, y principalmente de amigdalitis, según lo hasta ahora observado, y de piorreas dentarias. En la Clínica de Marmolejo he tenido ocasión de observar casos de éstos; es también frecuentísimo presentarse los cólicos hepáticos en épocas menstruales, embarazo y puerperio. A esta infección de la vesícula por vía hematogénica corresponden también los casos que se presentan después de las fiebres tíficas y paratíficas. Por otros varios caminos puede sensibilizarse la vesícula y producirse el choque coloidoclásico expresado por un cólico hepático. Las vías parenteral y gástrica son amplias entradas de sustancias sensibilizantes: sueros heterólogos, proteinoterapia, alimentos determinados.

Quiero dejar sentado que, aparte de esta variedad etiológica, que a la ligera apunto, yo admito todavía el cólico típico diatéptico—negado por muchos autores modernos—sin previa infección vesicular; es decir, el que está directa e inmediatamente ligado con lo que llamábamos diátesis úrica, urismo, artrismo—como queráis—, que representa una alteración profunda del metabolismo de los prótidos, de las grasas y de los hidratos de carbono, toda vez que sus manifestaciones clínicas, litiasis biliar y renal, reumatismo y gota, alternan o coinciden con obesidad, diabetes, accesos de asma, dermatosis, como si tuvieran un lazo etiológico común, del cual son un factor importantísimo las glándulas de secreción interna.

Adelántase que este cólico o litiasis de origen puramente constitucional es el más propio de las aguas alcalinas de Marmolejo y menos de las cloruradosulfuradas, como Cestona y Lanjarón.

Y llego al final de mi información—cortando por lo sano—, porque es tan complejo y extenso, que más bien sería propio de una conferencia que de una mera información.

He dicho que el cólico hepático y los procesos que con él se ligan y lo determinan, como litiasis biliar, colecistitis y colangitis, así como la colemia, ictericia e insuficiencia hepática y otros varios estados de tipo congestivo que llamó Hanot «Hepatismo», constituyen la especialización

terapéutica de Marmolejo. Esto lo confirma la experiencia diaria; lo relatan los enfermos mismos que acuden dos, tres, diez años, con observación de sus buenos efectos, porque si no dejarían de volver. El os mismos han constituido la especialización sin regodeos científicos. Será empírico el procedimiento, no lo niego; pero el hecho real es éste. Al médico toca la interpretación. Cada uno de vosotros podrá forjarse las hipótesis que quiera para explicárselo, interin un análisis clínico y experimental pueda esclarecerlo satisfactoriamente. Interin llega el momento, debemos confesar que permanecemos en período de empirismo; empirismo razonado, que no es poco, y provisorio.

Desde luego, unas aguas de mineralización alcalina y con exceso de anhídrido carbónico son bien toleradas por el estómago, y además eupépticas, porque estimulan la función de su aparato glandular y de su túnica muscular, así como también la de las células hepáticas, adonde llegan por vía linfática y sanguínea fluidificando la bilis y aumentando su secreción; y la prueba de este estímulo es la frecuencia con que provocan cólicos hepáticos durante la cura, cuando imprudentemente se beben en dosis excesivas; pero, además, alborea en estos tiempos la idea de que esta clase de aguas pueda ejercer una acción zimos-ténica, obrando a la manera de fermentos para volver al ritmo fisiológico las funciones de las células clorhidropépticas y hepáticas. Hecho que, de ser cierto, sería favorecido por su acción sobre la sangre y los humores, cuyo equilibrio acidobásico está trastornado en el grupo de enfermedades que se tratan de Marmolejo. Por eso dije antes que, cuando la litiasis hepática coincide con la renal, lo cual prueba su común origen constitucional, es entonces cuando se despliega más ampliamente la eficacia de las aguas de Marmolejo. Esto no excluye su indicación en las otras formas de cólico hepático que he apuntado, porque todo lo que sea cambiar el pH del organismo alterado en el sentido de la acidez, es cambiar las condiciones biológicas de la función biliar y el estado de predisposición innata o adquirida del elemento noble del hígado.

El rato de atención —probablemente defraudada— que habéis dispensado a esta charla, será compensado con el ágape de confraternidad que nos espera.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL DE LA PRINCESA

14 DE MARZO DE 1931

Resumen clínico semanal.

Dr. Blanc y Fortacin.— El enfermo que tenemos a la vista es un lesionado por aplastamiento de la pierna; ha caído sobre ella un bocoy lleno de líquido y le ha producido una enorme herida en la región supramaleolar con fractura de huesos y traturación de partes blandas. Veo en la región interna y borde superior de la enorme brecha un vaso seccionado, que no sangra a pesar de su calibre. Es la tibial posterior que ha sido rota por aplastamiento, verificándose así un mecanismo de autobemostasia. El nervio y los tendones están íntegros. El pie presenta calor normal. La tibial anterior, la peronea y los maleolares mantienen la irrigación. Debajo de colgajos musculares y de coágulos sanguíneos aparece el aplastamiento óseo. La fractura es oblicua y conminuta, pero no espiroidea. Esta es producida

por un doble mecanismo de torsión y flexión. La que tenemos a la vista es por aplastamiento entre el peso grande que aprisionó el pie y el suelo sobre el que se apoyó éste.

Estamos, pues, en presencia de una contusión de tercer grado, en la cual, y por razón de la topografía de la lesión, ha sido comprendido en ella el hueso. En mi definición de contusión expuesta en mis lecciones de clínica quirúrgica fundamento el concepto de dicho proceso traumático no sólo en el hecho de ser producido por acción obtusa, sino en la circunstancia esencial de ser afectados por el trauma obtuso var os tejidos u órganos con una intensidad lesional casi análoga. Cuando uno de ellos presenta un predominio de lesiones muy superior a los demás, entonces desaparece el concepto de contusión, siendo substituído por otro proceso patológico traumático cuya autonomía queda expresada por una nomenclatura distinta. Así hay focos de contusión en que el predominio de lesiones vasculares lleva a una denominación expresiva de lesiones predominantes, y se llaman hematomas difusos, o aneurismas traumáticos o roturas arteriales; en el periné una contusión que lleve aparejada una destrucción del conducto uretral se llamará rotura de uretra; en una fractura ordinaria, si bien hay siempre atrición conjunta de huesos, músculos, nervios y vasos, el hueso predomina en grado muy superior, y por eso es la lesión ósea la que define el proceso. En nuestro caso hay una diferencia poco marcada en la modalidad de acción traumática ejercida sobre hueso, músculos, vasos, piel, etc.; por eso surge en toda su pureza el concepto de contusión.

Pero no son éstas disquisiciones teóricas y escolásticas; son premisas para un tratamiento racional.

No podemos en este caso, aunque realmente exista fractura, dirigir nuestra atención preferente al hueso roto; si así lo hiciéramos, los hechos rectificarían nuestro modo de proceder. Precisa, pues, una terapéutica igualitaria, olvidando la atención preferente que en las fracturas ordinarias vamos a los órganos duros. Ellos, al igual que los blandos, presentan trastornos en su integridad que disminuyen su vitalismo. Son, pues, campo abonado a una pululación bacteriana. Facilitar la regeneración de esos tejidos y órganos, y disminuir el área de acción microbiana, será, pues, el primer problema a resolver; la reconstitución morfológica del hueso roto constituirá la segunda etapa del tratamiento.

La exéresis de las porciones desvitalizadas, la *monda* o *espluchage* del foco traumático será una operación previa, inmediata, de antisepsia mecánica que no matará gérmenes, pero que les privará de campo de multiplicación y fomento. En tejidos vivos los gérmenes no encuentran ventajas; en tejidos de vitalidad disminuída hallan cobijo todos los que el traumatismo inoculó, y sobre todo, los de acción más terrible, los anaerobios.

Y vamos a la intervención; hay dos enormes brechas: una, anterior transversal que cruza la región maleolar; otra, lateral interna que descubre la tibia; a través de ella el extremo superior del hueso roto asoma como una enorme esquirra. Reunimos una y otra brecha con una incisión que secciona la piel y respeta el tendón tibial posterior; la arteria aparece seccionada, el nervio intacto.

La superficie cruenta es enorme, el pie con los maléolos se deja desviar hacia afuera descubriendo zonas de atrición muscular que son excindidas; coágulos que son barridos por un fuerte chorro de suero caliente; esquiras óseas sueltas que son extraídas con pinzas; otras adheridas por puentes periósticos son conservadas como centros de regeneración ósea y como reservas cálcicas para la osificación.

Y llegamos al foco de fractura; un fragmento superior

tibial oblicuo y astillado en su punta, es cuidadosamente recortado hasta un límite prudencial; su medula es extraída con cucharilla; el extremo inferior lo constituye la epífisis tibial; aquí extremamos los cuidados; con la pinza gubia lo regularizamos hasta darle una disposición de buena adaptación al fragmento superior. Pero nos guardamos de vaciar su tejido esponjoso, porque de él ha de nacer el tejido conuntivo preóseo, lecho donde a sedimentación cálcica formará el callo.

El peroné está enfundado en masas musculares; recortamos una punta que a manera de aguijón puede originar un trauma.

La intervención termina por unos puntos de sutura que, levantando el colgajo de piel trazado por la incisión, disminuyen un poco la extensa abertura creada por las excisiones de zonas en vías de mortificación. Ni por un momento se nos ocurre intentar suturas óseas, ni mucho menos prótesis metálicas ni injertos. Rellenamos los recodos con gasas impregnadas de suero antigangrenoso y colocamos la pierna en un apósito formado por férulas metálicas sujetas por bandas de tela enyesada. Bien entendido que éstas no tienen más misión que sostener aquéllas y que la zona de contusión se halla ampliamente expuesta.

Larga será la etapa de reparación; mas si hemos de ser lógicos con nuestro modo de enjuiciar el caso, por el momento nada más podemos hacer. Si la infección no se yugula, el porvenir será una muy próxima amputación. Mas si alrededor del foco de contusión saneado por nuestra intervención se desenvuelven fenómenos de regeneración conuntiva activos, éstos probablemente llegarán a envolver los huesos y a cicatrizar las partes blandas. Probablemente la consolidación ósea no se logrará; se opondrá a ello la separación que hoy existe entre los extremos óseos resecaados, entre los cuales se interpondrán bandas conjuntivas de densa estructuración fibrosa creadas por el mismo proceso intenso de defensa. Esas bandas son inaptas a una calcificación, y, por tanto, la pseudoartrosis es la regla en esos procesos. Pero no nos cabrá otro remedio que esperar esa pseudoartrosis porque hasta que ese tejido fibroso sea creado no tendremos la seguridad de una esterilización completa del foco. Y mientras haya microbismo latente, aunque el aspecto clínico sea de aparente esterilidad, toda intervención plástica será inútil. En una palabra, esperaremos a la cicatrización completa con pseudoartrosis o consolidación incompleta para hacer un injerto previa extirpación del callo fibroso interpuesto.

Dos casos de enterostomía ilíaca han sido intervenidos esta semana; en uno de los casos para crearla; en otro, para cerrarla.

El caso primero es un carcinoma de recto avanzadísimo, pues ha llegado a perforar vagina. En evolución ya tan adelantada nos hace suponer que nada quirúrgico radical podrá hacerse ya. Pero tenemos el deber de aliviar los sufrimientos de esa enferma evitando el contacto de las heces con la superficie ulcerada del cáncer.

De este modo se atenuarán los fenómenos infectivos que en las superficies ulceradas tenían campo abonado y se anularán las reabsorciones sépticopurulentas que por vía portal pudieran producir supuraciones en hígado. El procedimiento que hemos seguido es el más sencillo y que tiene indudables ventajas, según vamos a ver:

Exteriorizado un segmento intestinal correspondiente a la porción más baja de colon descendente, hemos buscado la porción de meso más larga: la S ilíaca; en su mesenterio y en una porción avascular hemos practicado un ojal con una pinza; y a través de ese ojal hemos pasado una compresa de

gasa varias veces doblada que ha servido de puente para sostener ese asa al exterior. Cubierta el asa exteriorizada con compresas de suero hemos comprobado diariamente su vitalidad y al tercer día hemos abierto con termocauterio un orificio en el centro de esa *hernia intestinal* que ha dado salida a una gran cantidad de gases. Durante algunos días la evacuación de materias sólidas por el nuevo ano ha sido incompleta. Parte de ellas salió por el ano normal, mas poco a poco se ha suprimido, evacuando la totalidad de la masa estercoral por la fístula intestinal creada. El espólón valvular ha adquirido por inflexión del intestino el desarrollo suficiente para impedir el paso de materias al segmento distal.

En el otro caso hemos cerrado una fístula análoga. Se creó para impedir el paso de materias al recto donde existía una estrechez fibrosa anular que originó una oclusión intestinal. El procedimiento fué el mismo que el descrito anteriormente. El alumno observador Sr. López Lallana pudo comprobar cómo después de la enterostomía se modificó la estrechez en el sentido de mayor permeabilidad. A través de ella apenas pasaba el histerómetro; cuando la enferma entró en la clínica, a los ocho días pasaba un dilatador del tamaño del dedo meñique. Y poco a poco y con dilataciones sucesivas hemos logrado hacer pasar, sin violencia, dilatadores del grueso de dos dedos, notándose un considerable reblandecimiento del anillo fibroso. El reposo del curso de materias ha suprimido los fenómenos inflamatorios que en estas estrecheces acentúan la lesión congénita haciéndola rebelde a todos los tratamientos, como no sea una amputación alta de recto. En realidad, la enterostomía practicada lo fué como operación previa a aquélla. Pero la mejoría lograda con la simple derivación temporal nos ha inducido a restablecer el curso de materias por el tamaño intestinal bajo, aunque con una vigilancia de la enferma.

El procedimiento que hemos seguido para cerrar esa fístula intestinal ha sido el intraperitoneal; con sección del espólón, o mejor dicho, rebajamiento del mismo y sutura hemostática de la sección mucosa practicada. Excindidos los bordes de la boca intestinal que se abría en la piel, una sutura doble mucosa muscular de inversión que corta la prociencia de flecos mucosos y otra por encima seroserosa han ocluido la antigua fístula. La enferma evacua por su ano natural con completa regularidad.

FRACTURA DE UN MENISCO DE LA RODILLA

Dr. Llobet. - F. P., dieciocho años, Manzanares (M.), labrador.

En Agosto de 1930, trabajando en un pajar, se cayó en rotación interna sobre la pierna derecha. Al levantarse notó fuerte dolor en la rodilla, agudizado en la interlínea, chasquido del hueso e impotencia funcional con hidrartrosis posteriormente.

Fué tratado por cura de reposo, pierna en extensión, fricciones y masaje, sin resultados y persistiendo la impotencia funcional.

El día 3 de Febrero del presente año ingresó en la clínica, presentando fenómenos de bloqueo e hidrartrosis. Se le diagnosticó de «fractura longitudinal del menisco interno».

Operación.—El día 5. Artrotomía transversal con sección del ligamento lateral, resección de la parte fracturada y a continuación vendaje enyesado que se le quitó a los quince días, permitiéndosele andar, cosa que verifica en el día de la fecha con toda soltura y sin la menor molestia. Presenta limitación de la flexión.

El mecanismo de estas fracturas es bastante difícil de comprender y las explicaciones de los autores son todavía demasiado obscuras y muchas veces contradictorias.

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 TÍO, 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.

Pídanse muestras a: **LABORATORIO TÍO.**—Torrente de las Flores, 73.—**BARCELONA**

ACCIDENTES DE LA MENOPAUSIA Y DE LA PUBERTAD

Amenorrea.

Dismenorrea.

Gynocalcion

Gynocalcion M.

Gynocalcion P.

MENOPAUSIA NATURAL Ó QUIRÚRGICA
INSUFICIENCIA OVARIA
ESCLEROSIS OVARIA

ACCIDENTES DE LA PUBERTAD
DISOVARISMO
MENORRAGIA

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

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

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

Sucursal: Consejo Ciento, 341, Barcelona

Jarabe Polibromurado de J.-P. Laroze

Una
cucharada sopera
contiene: { 1 gr. de Bromuro de Potasio,
1 gr. de Bromuro de Sodio,
1 gr. de Bromuro de Amonio.

Contra todos los accidentes nerviosos.

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

Los trabajos en el cadáver no nos dan ningún dato, pues les faltan dos factores esenciales, que son la influencia que ejerce el peso del cuerpo sobre la rodilla y principalmente la contracción muscular.

El mecanismo de las lesiones puede ser directo e indirecto, pero en casi todos los casos es indirecto.

Los angloamericanos creen que es debido a un movimiento combinado de flexión de la rodilla y de rotación alrededor del muslo. En los casos en que la fractura se haya producido por el peso brusco de la extensión a la flexión o viceversa, no se cumple esta opinión.

Según Steinman (de Berna), la lesión más frecuente es la fisuración longitudinal, y cree que es debida a un aplastamiento por compresión. Lo más factible es que durante un movimiento brusco de extensión, el cóndilo aprisiona el borde libre del asta anterior y lo lleva hacia atrás, resultando un arrancamiento del borde libre. Un mecanismo análogo, pero inverso, provocado durante los movimientos bruscos de flexión, producirá lesiones análogas en el asta posterior.

En las lesiones de los meniscos, el interno es el más afectado (en los hombres) en un 90 a 95 por 100 de los casos. Los ingleses creen que es debido a razones anatómicas, pero lo más probable es que obedezca al modo de funcionar la rodilla. En las mujeres sucede al contrario; es el externo el más afectado y esto en virtud a su tendencia al *Genu Valgum*.

Estas lesiones se caracterizan por un movimiento brusco de la rodilla con fenómenos de bloqueo seguidos de reducción y de un período doloroso, más tarde hinchazón y atrofia muscular.

El bloqueo. Es el síntoma más característico de las lesiones meniscales y consiste en una inmovilización brusca de la rodilla que impide la extensión, conservando la libertad de flexión.

El dolor. Se caracteriza por su localización y por su periodicidad, y asienta en el nivel de la interlínea, entre el borde del ligamento rotuliano y el borde del ligamento lateral.

Hinchazón. Es el síntoma más irregular, y cuando existe va acompañado de dolor; se caracteriza por su periodicidad, sucediendo a un bloqueo o a una posición desfavorable del menisco, y es debido a una irritación de la sinovial, al contacto de un fragmento del menisco desplazado que frota contra ella por el movimiento de las caras articulares.

Atrofia muscular. Es constante en todas las lesiones de meniscos, pero su importancia es muy variable, dependiendo de la gravedad del accidente.

El tratamiento debe ser eminentemente quirúrgico, pues las lesiones de los meniscos, por su falta de vasos propios en el tejido, no cicatrizan, y por lo tanto, un tratamiento médico (masaje, inmovilización, etc.) no será más que un paliativo, pero nunca curativo, pues la lesión persistirá.

Tratamiento quirúrgico: Meniscectomía. Se ha abandonado por completo por su principio irracional, pues las lesiones por su falta de cicatrización tendrán que ser suturadas con material no reabsorbible, y, por lo tanto, durante los movimientos de la rodilla no servirá más que para producir una irritación crónica.

Meniscectomía. Se presentan dos problemas: 1.º, si debe hacerse la ablación total o parcial, y 2.º, la vía de acceso. Son dos problemas que están en íntima conexión, dependiendo el uno del otro. Se puede practicar la «artrotomía longitudinal pararrotuliana», en los casos de ablación parcial y la «artrotomía transversal con sección del ligamento lateral», en los casos de ablación completa del menisco. Esta última es la más frecuentemente empleada, pues permite una visión completa del menisco. Se han empleado tam-

bién las «grandes artrotomías en V», las «artrotomías transrotulianas verticales», las «grandes incisiones transversales con sección de la rótula o del ligamento rotuliano» y «las incisiones múltiples».

REVISTA COMENTADA DE APARATO DIGESTIVO

POR EL

DR. J. LUIS-YAGÜE Y ESPINOSA

(Madrid).

SUMARIO.—I. Motivo.—II. Crenoterapia de los síndromes digestivos.—III. El dolor gástrico en los dispepticos funcionales.—IV. Nuevo tratamiento de la oxiuriasis.—V. La colititis.—VI. El dolor xifoideo y su valor diagnóstico.—VII. La terapéutica hepática en las enfermedades del hígado.—VIII. La posibilidad del vaciamiento de la vesícula biliar por estímulo alimenticio de diferentes porciones intestinales.—IX. La apendicitis aguda en el adulto.—X. Alimentación hipoclorurada y secreción gástrica.—XI. Supresión del cloruro sódico con dieta hipoclorurada.—XII. Influencia de la alimentación cárnea exclusiva.—XIII. ¿El sulfato de atropina es un modificador de la secreción clorhídrica?—XIV. La hemorragia oculta en el cáncer del intestino grueso y delgado.

I. MOTIVO.—La conveniencia de agrupar cuanto se produce de interesante en una rama médica, facilitando con ello su más fácil hallazgo y consulta, se destaca evidente. Mas la selección de los artículos precisa sea efectuada por especialistas en la rama médica; y entre los que cultivamos la digestiva, sólo nuestra audacia justifica la pretensión de hacerlo, por cuanto nos consideramos los menos capacitados, aun cuando tratemos nos acompañe «buen deseo y fina voluntad». Y estimamos deba darse preferencia a asuntos interesantes para el médico general, desechando los excesivamente científicos, o extractándolos someramente cuando su mérito lo requiera; en la selección será primordial lo nacional, si a ello se hace acreedor, que con frecuencia es desconocido, rehuido y aun vituperado (la envidia, el hambrón y la envidia son insaciables!), y luego a todo cuanto sea destacable, sin predilecciones ni influencias, filias ni fobias.

El extracto, lo preciso, sin pecar por su concisión de poco comprensible, y cabe sea útil agregar una aclaración, comentario o ampliación personal que puede hacer referencia a procedimientos, fórmulas o hechos no mencionados en el texto del artículo mismo. De aquí ha surgido nuestra revista comentada. Su publicación la regulará las novedades aparecidas o la necesidad de pronta difusión de las mismas.

II. H. RODRÍGUEZ PINILLA CRENOTERAPIA DE LOS SÍNDROMES DIGESTIVOS. (*Gaceta Médica Española*, Diciembre de 1930) —Son enfermos del aparato digestivo el 25 por 100 de los que frecuentan los balnearios de España y aun cree que de Europa. Para aplicar un buen tratamiento hidrológico a estos enfermos crónicos no es buen camino el exigir un diagnóstico exacto, ni es la anatomía patológica buena fuente de inspiración. En crenoterapia es más interesante estudiar los detalles del síndrome sin despreciar los síntomas de sensación (subjetivos).

Síndrome algico o doloroso.—La gastralgia puede ser meramente nervioso-espasmodica o expresión de hiperclorhidria, litiasis biliar o criptogenia. Si no ha sido posible individualizar la enfermedad, acúdase entonces a una indicación sindrómica, con agua poco mineralizada, a base de Ca, con poco CO₂ H libre y sin Fe O casi, tipo Sobrón.

Síndrome por trastorno secretorio.—El tratamiento de las afecciones gástricas no debe consistir en corregir tan sólo las desviaciones del quimismo. La crenoterapia cuenta con un grupo de aguas de débil mineralización y que, por presentar sus sales en extrema disociación iónica, puede considerárselas como soluciones electrolíticas, de donde se deriva su poder zimoesténico y estimulante de las funciones diastásicas, como también de las secreciones hormonales; el papel de cofermentos explica que los electrolitos de las aguas puedan corregir disfunciones al parecer contrapuestas: hiperclorhidria e hipoclorhidria, espasmos y atonías.

La estimulación local sobre el estómago o sobre el intestino que provocan las aguas fuertemente mineralizadas explica ciertos efectos tópicos; pero los lejanos sobre el metabolismo digestivo parecen más bien debidos, no a la concentración molecular, sino a la iónica, a la calidad más que a la cantidad. Esto no excluye que la idiosincrasia del sujeto haga más favorable una fuente que otra.

Síndrome endocrinovegetativo.—Existen enfermos del aparato digestivo en los que su etiología y patogenia son fundamentalmente reflejo de un alterado metabolismo. Este síndrome endocrinovegetativo reclama para su más duradero alivio aplicaciones hidroterápicas (balneoterapia estimulante, climatoterapia de altitud) y, además, una crenoterapia de tonificación (aguas ferruginosas, arsenicales, polimetálicas, radioactivas, del tipo Panticosa).

En todos estos síndromes pueden presentarse incidentes que obligan a prescindir de la crenoterapia, como son los estados hemorrágicos o de excesivo eretismo vascular o nervioso. Saber hasta dónde puede llegar esta medicación y cuándo debe ceder el paso a la Cirugía, no es tanto misión del médico que practica en un balneario como del médico de familia o del especialista.

Comentario.—El espíritu siempre joven del profesor Rodríguez Pinilla expone tres puntos muy interesantes en crenoterapia digestiva; el puntualizarlos adecuadamente es labor que no cabe en estas líneas, y que brindamos al lector ávido de saberlo en el texto original, donde hallará asimismo otras muchas sabias indicaciones.

III.—OURY, GODARD Y NICHITA: EL DOLOR GÁSTRICO EN LOS DISPÉPTICOS FUNCIONALES. (*Archives des maladies de l'appareil digestif*, Junio, 1930.)—La división de los dolores gástricos en ardores, calambres, pesadez y tirantez, con todas sus modalidades y variantes, no corresponde a ningún tipo clínico preciso. En general, el ardor corresponde a la hiperclorhidria y la pesadez a la ptosis, pero esto no es siempre exacto. Suele ser imposible hacer precisar al enfermo el tipo principal de su dolor, y, cuando se consigue, es más bien por sugestión que por verdadera observación de su parte.

Con frecuencia, los tipos clásicos de hiperestenia e hipostenia no corresponden a nada preciso. La hiperestenia, en rigor, corresponde bastante bien al grupo de hiperclorhídricos con cinesia y tonicidad normal o exagerada, pero no a los hiperclorhídricos con hipotonía e hipocinesia, que son los más numerosos.

Los ptóticos simples sólo sufren molestias de estómago, cuando aquélla se complica con alteraciones secundarias, como hiperacidez. Son, sobre todo, enfermos que se quejan fuera de la esfera digestiva, y cuyos síntomas confunden; son neurasténicos, colíticos, neurálgicos, dismenorreicos o inestables cardíacos, bajo cuyos síntomas aparecen; sobre todo, son neurasténicos, encontrándose la ptosis asociada a neurastenia cardíaca, psicastenia, neurastenia intestinal, neurastenia genital, etc., perteneciendo todas al grupo grande de las astenias neuroendocrínicas.

Los dolorosos son sobre todo hiperclorhídricos.

Comentario.—La dificultad del examen del contenido gástrico en algunos medios donde se ejerce la medicina o el abandono de tal práctica, mas aquella que esto por alguna escuela médica motiva estimar de interés destacar las anteriores consideraciones como muy reales, basadas en gran número de observaciones y susceptibles de inmediata aplicación prácticas.

IV. M. VILLARET Y R. CACHERA: NUEVO TRATAMIENTO DE LA OXIURIOSIS.—(*Revue medico chirurgicale des maladies du foie, du pancreas et de la rate*, núm. 1, 1930.)—Utilizan la fórmula siguiente:

Extracto gástrico.....	15 centigramos.
Idem enteropancreático....	15 —
Idem hepático.....	10 —
Idem de bilis.....	5 —

Para un comprimido después de las tres comidas principales, y la mitad en los niños.

Esta terapéutica posee acción inmediata y a distancia. La primera es rápida, verdaderamente curadora, aun cuando no ataque directamente el parásito. La ulterior, prolongada, preventiva, en períodos intermitentes, es aún mucho más interesante.

El tratamiento evita la absorción de sustancias tóxicas a enfermos con fragilidad intestinal y hepática; aquéllas sólo tienen acción incompleta, aunque brutal, y siempre pasajera, y no evitan las recaídas ni las reinfecciones.

La cura patogénica propuesta presenta numerosas ventajas: su inocuidad completa, su acción duradera, a veces definitiva, sobre los oxiuros y la mejoría paralela de las alteraciones enterohepáticas, que parecen ser la causa, más aún que la consecuencia, del parasitismo.

Comentario.—Tan sencillo proceder es digno de ensayo, pues, desde luego, sobre los remedios actualmente usados contra la oxiuriasis tiene la evidente ventaja de su carencia de toxicidad. Nada indican los autores del tiempo durante el cual ha de proseguirse el tratamiento; pero siendo absolutamente inocuo, pudiérase ser por bastante. Mas para establecer el diagnóstico de la oxiuriasis no debemos fiarnos sólo de lo referido por las madres de los enfermitos generalmente, sino que precisa establecer su verosimilitud, y para ello nada mejor que los enemas cortos, templados con negro de humo (humo de imprenta), que arrastrando los parásitos, por acción tóxica sobre ellos, los evidencian indubitavelmente.

V. J. H. OLTRAMARE: LA COLOTIFLITIS.—(*Archives des maladies de l'appareil digestif*, Mayo 1930.)—La colotiflitis, individualidad anatómica, es asimismo individualidad clínica, absolutamente independiente de la apendicitis. Se observa siempre en personas con pasado intestinal caracterizado por períodos de estreñimiento crónico o alternativas de estreñimiento y diarrea.

Se manifiesta sobre todo por malestar doloroso, sensación de molestia situada a nivel de la fosa ilíaca derecha, y aumentando con determinados factores: proximidades de la regla, fatiga física, inobservancia del régimen. No se trata de un punto doloroso, como en la apendicitis, sino de una zona dolorosa a la palpación; no existe defensa muscular. El dolor algunas veces es horario, presentándose de cinco a seis horas después de las comidas, en el momento en que el bolo alimenticio llega al ciego; entonces, es frecuentemente nocturno. A esto se añade: el examen de las heces denota alteración en la digestión de las grasas y almidón; la exploración radiológica muestra dilatación cecal, disminución de la motilidad y ectasia.

La colotiflitis aguda no establece ningún problema tera-



LAS EXCORIACIONES CUTÁNEAS DE LA INFANCIA

Las múltiples funciones de la piel tienen una gran influencia sobre el organismo. Por esto es indispensable mantenerla siempre en toda su integridad, curando en seguida cualquier escoriación que se presente e impidiendo su infección. El BALSAMO BEBÉ, con su feliz asociación de sales de bismuto y de zinc, mezcladas a materias grasas, cura radicalmente toda clase de escoriaciones cutáneas, con increíble rapidez. Antiséptico débil, no puede producir irritación; tópico local excelente, modifica los tejidos; aislador perfecto, impide los contactos con el medio exterior. Si se une a ello su absoluta inocuidad, fácilmente se comprende que sea considerado el BALSAMO BEBÉ como la panacea cutánea infantil.



El Departamento Científico de la Casa Federico Bonet, Apad.º 501, Madrid, facilita a los señores Médicos literatura y muestras y, en cualquier caso concreto, la información científica correspondiente.

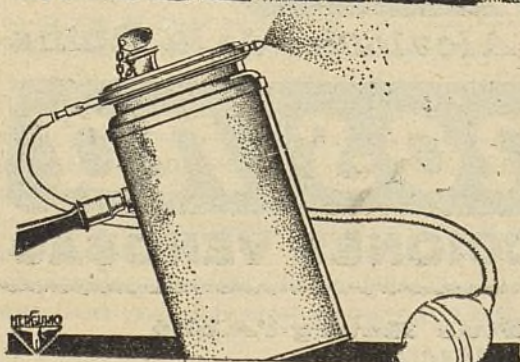
BALSAMO BEBÉ

Las úlceras se curan

NO hay úlcera varicosa o atónica que no pueda curarse, en un plazo más o menos breve, si se somete al tratamiento por la Ambrina. / El Dr. Barthe de Sandfort, ha definido con exactitud la Ambrina diciendo que es «un líquido completamente estéril que se solidifica al enfriarse.» Nada más cierto. Calentado a fuego lento hasta la temperatura de 125 a 130 grados, obtendremos un líquido perfectamente esterilizado. Mantenido en un baño-maria a una temperatura de 80 grados próximamente, podremos disponer de un verdadero antiséptico. Al depositar la Ambrina sobre la piel enferma, habremos hecho una cura aséptica por completo. Si a esto se añaden las propiedades características de la Ambrina, de conservar su termalidad durante muchas horas y de retraerse por ligero enfriamiento en cuanto se solidifica, haremos asimismo una cura aisladora y compresiva, de indiscutible utilidad en cuantos casos de úlceras rebeldes a todo tratamiento se presenten. Desde el punto de vista bacteriológico, el microscopio ha descubierto la desaparición casi completa de bacterias patógenas en el tejido enfermo, después de la segunda o tercera cura con Ambrina, y la aparición en cambio, de numerosos fagocitos. En el aspecto clínico, la cicatrización se produce en un periodo de tiempo más corto que con cualquier otro método curativo.

Nuestro Departamento Científico, facilita a los Sres. Médicos literatura y muestras; y en cualquier caso concreto la información científica correspondiente.

FEDERICO BONET
Apartado 501. / Madrid



AMBRINA

Gardénal

FENIL-ETIL-MALONILUREA

**EPILEPSIA
CONVULSIONES
ESTADOS ANSIOSOS
INSOMNIOS REBELDES**

EN TUBOS DE COMPRIMIDOS A 0^{gr}10, 0^{gr}05 Y 0^{gr}01

SOCIÉTÉ PARISIENNE D'EXPANSION CHIMIQUE "SPÉCIA"
MARQUES POULENC FRÈRES ET USINES DU RHÔNE - 86, RUE VIEILLE DU TEMPLE - PARIS. 3^e

D. JAVIER COLL.—Apartado 652.—Barcelona (España).

ESTAFILASA del D^r DOYEN

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

Tratamiento específico contra las Infecciones Estafilocócicas: **ACNÉ, FORUNCULOSIS, ANTHRAX, etc.**

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

**NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALECENCIAS**

Vino de Bugeaud

*Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacah.*

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

*Comprimidos compuestos de Hipófisis
y Tiroides en proporción prudencial,
de Hamamelis, Castaña de India
y Citrato de Sosa.*

Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

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

péutico. La crónica es afección cuyo tratamiento acabalga entre la medicina y la cirugía. En sus comienzos, cede generalmente con bastante rapidez con tratamiento fisioterápico (diatermia, masaje abdominal), combinado con laxantes ligeros y belladona. Sin embargo, en numerosos casos se complica con perivisceritis más o menos extensa, en la que fracasa el tratamiento médico. Sólo la cololisis puede quitar el obstáculo; pero, aun en estos casos, el tratamiento médico representa una ayuda importante, si no es complemento indispensable de la operación. De otro modo, la terapéutica de la colotifitis crónica es médica antes de ser quirúrgica y médica después de haber sido quirúrgica.

Comentario.—El cuadrante inferior derecho del abdomen ha constituido la obsesión de muchos clínicos y el tema quirúrgico palpitante en ocasiones, por radicar en él el apéndice, fantasma temible cuya importancia puede llegar hasta ocasionar la muerte. Pero... esa misma obsesión ha motivado intervenciones quirúrgicas innecesarias por errores diagnósticos; y uno de los más frecuentes ha sido la colotifitis. Vino con posterioridad la época del éxtasis intestinal crónico, con sus terribles secuelas, entre las que se hacía figurar hasta la arterioesclerosis; y otra vez se puso sobre el tapete la misma región anatómica.

Pero la colotifitis existe, anatómica y clínicamente, con predominio unas veces de síntomas cólicos ascendentes, principalmente dolorosos, y otras de ciego. Y el trabajo de Ultramaré contribuye a destacarla.

De los datos suministrados por la exploración, quizás el de mayor valor lo proporcione la palpación, que bien efectuada, procurando distraer al mismo tiempo la atención del paciente, y, sobre todo, si no es muy grueso, permite delimitar, bien por sensación dolorosa más o menos intensa, o por apreciación de tumoración, el ciego y colon ascendente en toda su extensión, con diferencia sensible de la apendicitis, sensación dolorosa muy localizada y aguda, excepcionalmente hallable en zona supraumbilical.

En cuanto a tratamiento médico, no cabe olvidar los buenos efectos originados por la helioterapia, preferentemente natural, asociada a las curas de frutas y a los preparados sulfurados, en especial la ictalbina. Los aceites de vaselina, muy recomendados en el estreñimiento, fracasan en la colotifitis, y perjudican por no permitir emplear el tratamiento adecuado.

La terapéutica quirúrgica posee muy escasas indicaciones, pues la cecoplicatura no resuelve nada. La exclusión cólica parcial es intervención grave, y la cololisis no suele precisar, si se hace helioterapia a fondo bien instituida.

VI. A. DA SILVA MELLO: EL DOLOR XIFOIDEO Y SU VALOR DIAGNÓSTICO.—(*Archives des maladies del appareil digestif*, Julio 1930.)—El dolor provocado por palpación o percusión del xifoideo es síntoma importante de lesiones localizadas en la porción superior del abdomen y, en particular, de las úlceras del duodeno. Este punto doloroso, que se encuentra en gran número de casos, tiene la ventaja sobre los demás de ser más objetivo y de más fácil hallazgo.

Una de sus ventajas capitales es poder servir de base para la apreciación de la evolución de la enfermedad y, sobre todo, de los resultados terapéuticos. Su intensidad presenta evolución paralela con la mejoría y agravación del enfermo, y puede demostrar los buenos o malos resultados del tratamiento prescrito. Su desaparición es muy variable: a veces cede rápidamente, persiste en otras largo tiempo, disminuyendo o desapareciendo después de semanas y aun meses de tratamiento.

Su localización es precisa y su sensibilidad tal, que con frecuencia llama espontáneamente la atención del enfermo.

Su comprobación parece ser signo decisivo para lograr el diagnóstico de una enfermedad, de la que a veces constituye la única manifestación.

Comentario.—En nuestra modesta práctica no parece ser tan frecuente el dolor xifoideo espontáneo, que lo encontramos con bastante excepción y casi siempre coincide su exacerbación con la palpación, ya que efectuamos siempre y de modo sistemático la exploración de todo el abdomen y los de otras regiones orgánicas cuando interesan; en cambio, si se observa con bastante frecuencia la úlcera duodenal. Por ello, parece poder admitirse con el dolor xifoideo y su relación con la úlcera duodenal algo parecido a la reacción de Wassermann, que cuando se aprecia es señal de existencia de la lesión, pero su negatividad no implica la ausencia de aquélla. Interesa recalcar que el dolor es xifoideo, pues el que en contadas ocasiones se observa, supraxifoideo espontáneo, debe obedecer a alteraciones en la región del cardias.

VII. P. A. FEDESCO Y D. CORDA: LA TERAPÉUTICA HEPÁTICA EN LAS ENFERMEDADES DEL HÍGADO. (*Archivio di scienza medica*, núm. 54, 1930.)—La terapéutica hepática en la cirrosis determina aumento considerable de la orina y su contenido en nitrógeno, especialmente en urea, disminución intensa de cloruros, disminución de la urobilina, aumento en la rapidez de eliminación de grandes cantidades de líquidos ingeridos, disminución de la poliuria digestiva y de la levulosuria alimenticia y enlentecimiento de la formación de ascitis. Además de la acción favorable sobre la diuresis, la terapéutica hepática mejora también el funcionamiento del hígado.

Comentario.—En los estadios iniciales de la cirrosis del hígado presta buenos servicios la terapéutica hepática, siempre que se asocie a la etiológica (sífilis, alcoholismo); siendo esta última la de mayor frecuencia, nos ha proporcionado éxitos el yoduro de tiosinamina, en inyección, combinado a la hepatina; y desde luego, de ésta en modo alguno la forma inyectable, mejor el extracto de hígado de animales jóvenes y superándole la combinación de nefrina y hepatina en los casos graves, la terapéutica hepática fracasa siempre.

VIII. BRAMER Y J. SCHÜLLER: LA POSIBILIDAD DEL VACIAMIENTO DE LA VESÍCULA BILIAR POR ESTÍMULO ALIMENTICIO DE DIFERENTES PORCIONES INTESTINALES.—(*Munchener Medizinische Wochenschrift*, 16 Mayo 1930.)—El hecho que perdure casi sin modificación alguna durante varios días la sombra colecistográfica de la vesícula biliar con alimentación rectal, establece la posibilidad de emplear esta vía cuando se pretenda dejar en reposo la vesícula biliar en fase de inflamación aguda.

Comentario.—Y el mejor proceder alimenticio en esta ocasión, el enema pequeño glucosado, retenido y absorbido, o el gota a gota rectal glucosado, algo más molesto.

IX. H. FLÖRCKEN Y R. RIEMANN: LA APENDICITIS AGUDA EN EL ADULTO.—(*Ärztliche Verein de Frankfurt*, 3 Febrero 1930.)—El cuadro clínico de los enfermos adultos con apendicitis aguda varía en muchas ocasiones del clásico: temperatura excesivamente baja, falta de diferencia entre las temperaturas rectal y axilar, número de leucocitos relativamente bajo, vómitos sólo en el 15 por 100 de los casos; y, sin embargo, en todos ellos se encontró peritonitis purulenta. El estado local fué con gran frecuencia atípico, lo que determinó errores del diagnóstico. La mortalidad alcanzó el 12 por 100. Aun cuando la apendicitis es relativamente rara pasando de los cincuenta años, no debe olvidarse su posibilidad.

Comentario.—Pero con la frecuente variación de su sintomatología clásica, el diagnóstico constituye una gran dificultad.

cultad; y prueba de ello que la comunicación extractada se basa en observaciones quirúrgicas.

X. K. EIMER: ALIMENTACIÓN HIPOCLORURADA Y SECRECIÓN GÁSTRICA. — (*Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 13 Junio 1930.)

XI. LANGHANS Y SOMMER: SUPRESIÓN DEL CLORURO SÓDICO CON DIETA HIPOCLORURADA. — (*Klinische Wochenschrift*, núm. 21, 1930.) — Se acepta en general, que una alimentación hipoclorurada que contenga sólo el cloruro sódico natural de los alimentos, determina una alteración de la secreción del jugo gástrico, especialmente disminución en la formación de ácido clorhídrico. Experiencias de la influencia de alimentación hipoclorurada cruda sobre el quimismo gástrico, aun proseguidas durante meses, no han permitido la comprobación de tal disminución. Al contrario, en la mayoría se observó aumento de la acidez. El organismo humano combate la aportación disminuida de cloruros con disminución de su eliminación por la orina, de modo que no se presenta carencia de cloro de los tejidos y líquidos y tampoco motiva disminución de la formación del ácido clorhídrico en el estómago. La acción excitadora sobre la secreción ácida gástrica se debe a la provocación directa de los jugos de frutas y legumbres crudas.

Las experiencias sobre el metabolismo clorurado sódico en sus relaciones con el jugo gástrico y contenido en cloro de la sangre y orina, han demostrado que, en general, el organismo retiene determinado mínimo de cloruro sódico. La disminución de cloruro sódico con la dieta de Gerson en los tuberculosos, parece poco posible.

Comentario. — Hemos agrupado los dos trabajos anteriores por sus conexiones de tema. Según los experimentos de sus autores respectivos, no es posible la disminución orgánica del cloruro sódico; ¿será posible su transformación? En ella se basa un tratamiento de la epilepsia, y, de fracasar, la concepción del método alimenticio de Gerson en la tuberculosis se muestra inestable. Desde luego que la prohibición absoluta de sal en los hiperclorhídricos gástricos es un absurdo, y lo único aconsejable entonces, su disminución y abstención de alimentos salados.

XII. MC. CLELLAN: INFLUENCIA DE LA ALIMENTACIÓN CÁRNEA EXCLUSIVA. (*Klinische Wochenschrift*, núm. 20, 1930.) — Los exploradores árticos que habían estado obligados durante años a una alimentación exclusiva de carne, persistieron con el mismo régimen en clima templado, sometidos a comprobaciones y exploraciones, otro año, sin que fuese posible observar en su salud en todo este tiempo perjuicios sensibles.

Comentario. — Damos más bien como curiosidad la presente nota; y los vegetarianos que piensen lo que gusten.

XIII. HANNAERT: EL SULFATO DE ATROPINA, ¿ES UN MODIFICADOR DE LA SECRECIÓN CLORHÍDRICA? (*Société belge de gastroenterologie*, 7 Junio, 1930.) — En los individuos normales, la administración por vía gástrica o en inyecciones de $\frac{1}{4}$ de miligramo de sulfato de atropina tres veces al día, disminuye la secreción gástrica, aun cuando de modo irregular. E igual en los hipoclorhídricos.

En los hiperclorhídricos simples, la acción inhibidora es mucho menos marcada. En tanto que el elemento doloroso subjetivo desaparece muy rápidamente, las curvas de secreción no se molifican sino muy lentamente y nunca de modo progresivo. A veces parece advertirse en algunas curvas mayor elevación que antes de la administración de la atropina.

En las úlceras gástricas y duodenales con gran hiperclorhidria, la acción en la mayoría de los casos es casi nula, aun a dosis más elevadas de $\frac{1}{4}$ de miligramo cuatro veces

por día. Desde luego que el elemento dolor desaparece con rapidez.

En algunos casos se han presentado fenómenos tóxicos (alteraciones de la vista, sequedad faríngea) sin modificaciones notables de la cantidad de jugo gástrico segregado.

En dos casos de estenosis pilórica intensa, con gastro-sucorrea, dosis diarias de $1\frac{1}{2}$ miligramos, durante quince días, carecieron de influencia sobre la secreción.

Comentario. — Hernando señaló hace algunos años, en ocasión de unas lecciones de intercambio médico-hispano-francés, que el sulfato de atropina a cortas dosis podía ser excitosecretor gástrico; y las experiencias de Hannaert vienen a confirmarlo. Deducción clínica: evitar el uso de la atropina en los hiperclorhídricos gástricos, mantenida con vehemencia por norteamericanos y alemanes.

XIV. E. DAHL JVERSEN Y N. J. NISSEN: LA HEMORRAGIA OCULTA EN EL CÁNCER DEL INTESTINO GRUESO Y DELGADO. — (*Archiv. für Klinische Chirurgie*, núm. 2, 1930.) — En un número bastante considerable de casos, la hemorragia oculta, determinada por procedimientos químicos sensibles, se manifiesta con largos espacios y aun puede ser única. Asimismo existen casos gravísimos, incluso mortales, en los que falta la hemorragia. La significación negativa de la prueba de la bencidina debe ser valorada con grandes reservas.

Comentario. — Una prueba segura para establecer el diagnóstico diferencial entre cáncer y úlcera digestiva era la persistencia de la hemorragia oculta en las heces, demostrable por la prueba de la bencidina, entre otras, en aquél y la desaparición en ésta. Los autores daneses de la nota precedente se han basado para ella en 110 casos, comprobados en la operación o autopsia, desvaneciendo tal afirmación, que se consideraba como patognomónica.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

EL CUADRO HEMÁTICO Y SU VALOR EN CLÍNICA (con inclusión de las enfermedades tropicales), por el profesor doctor Víctor Schilling. Compendio técnico, teórico y práctico del examen microscópico de la sangre. Traducción de la octava edición alemana por el Dr. D. Ignacio Bofill. Editorial Labor, S. A., 1931.

Dado el incremento tan enorme que ha llegado a alcanzar la exploración microscópica de la sangre en toda clase de enfermedades, este libro, que en un principio (primera edición, 1912) iba dirigido sobre todo a los médicos de los países cálidos, ha ido ampliando su círculo de dispersión a medida que se introducían en él nuevos datos que no pertenecían exclusivamente al terreno de aquellos especialistas, hasta, por fin, sin destino fijo, limitarse sólo a mostrar los cuadros hemáticos, las distintas técnicas a seguir en cada caso, las posibilidades que de todo ello se derivan, trocarse la idea que lo sugirió; es decir, que sin ser exclusivo de ninguna especialidad sirve para todos.

En esta edición, primera en castellano, se han añadido algunos capítulos nuevos: investigación de los grupos sanguíneos, examen por transparencia, la teoría hemática cualitativa de Arneth, así como lo relativo al grupo de bartonellas y eritrocontas. Otros muchos han sido convenientemente modificados.

La primera parte está dedicada a la técnica de la exploración de la sangre (coloraciones, recuento de los corpúsculos).

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

Ciáticas

neuralgias rebeldes...

naïodine no contiene ningún estupefaciente ni ningún otro principio acti-

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

naïodine es el sedativo modelo del elemento dolor,

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

naïodine esta indicada siempre que un enfermo sufre de:

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

naïodine se administra en dosis macizas:

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

Éxito terapéutico creciente...

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

MUESTRAS - J. MARTIN - MADRID y BARCELONA

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 - Sagüés. 2 y 4. - BARCELONA

Lipiodol Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro

del Doctor **LAFAY**

**"ASCENDIENTE" Y
"DESCENDIENTE"**

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

Concesionarios Generales para la Exportación:
LECZINSKI & C^a,
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, 6, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias: B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.



**¡CONTRA
EL DOLOR!**

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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

Preparado en esta especialidad farmacéutica por el
Fábrica y Químico Farmacéutico Francisco Mandri
en su Laboratorio, Príncipe, 109 Barcelona



los, valor globular, resistencia globular, determinación de los grupos sanguíneos, etc.).

En la segunda parte se ocupa de la teoría, morfología y clasificación del cuadro clínico.

La tercera parte está destinada a mostrar la utilidad clínica del cuadro hemático (en enfermedades internas, en distintas especialidades, etc.); elementos extraños, parásitos, etc., en el cuadro clínico.

Finalmente, en la parte cuarta da una serie de ejemplos seleccionados de la utilización práctica del hemograma.

Al final lleva una nota bibliográfica sobre las distintas cuestiones que trata, y que no tiene más defecto que el ser casi en su totalidad alemana.

La traducción del Sr. Bofill, muy bien hecha.

M.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

A Dumas. LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA. CONSIDERACIONES ETIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS.—La hipertensión ha venido siendo considerada durante mucho tiempo más bien como un síntoma que como una verdadera enfermedad autónoma, mirándosela en general como una consecuencia de la nefritis crónica. Pero el estudio anatomopatológico de un gran número de riñones hipertensos en diferentes fases de su enfermedad parece inclinar el ánimo a admitir que la hipertensión es una enfermedad independiente—la enfermedad hipertensiva—, que puede dar lugar en ciertos casos a la esclerosis renal. Es decir, que se han invertido los términos, pasando a consecuencia lo que se tenía por causa y viceversa.

Todo hace pensar que la enfermedad hipertensiva debe ser incluida en el gran capítulo de las diátesis, como el artrismo, la diabetes simple, la gota, etc.

Se trata en este caso de organismos en los cuales el nivel tensional del medio interior se encuentra más elevado que normalmente, y parece que en tales sujetos por razones todavía mal conocidas, las funciones orgánicas y celulares no pueden ejercerse más que bajo una tensión particularmente elevada. La hipertensión prepararía el terreno a la esclerosis arterial, que sobrevendría más tarde, haciéndose sentir, no solamente a nivel de las arterias de los miembros y del cerebro, sino también de los órganos: riñón, hígado, pulmón y corazón mismo.

La herencia tiene un papel importante en la hipertensión: ora herencia similar, un hipertenso que engendra a un predispuesto a la hipertensión; ora herencia paralela, un hipertenso que da origen a un gotoso, artrítico o diabético, los cuales pueden tener por descendientes a hipertensos.

Conforme a esta concepción de la enfermedad hipertensiva, se ve que la hipertensión arterial encierra una fase latente más o menos prolongada, en el curso de la cual esta hipertensión no puede ser sorprendida más que de una manera fortuita. La hipertensión durante todo este tiempo se comporta como una necesidad del organismo para el cual la elevación tensional ha venido a convertirse en una necesidad. Más tarde, a favor de esta hipertensión, se producen espasmos arteriales y después lesiones orgánicas que afectan principalmente al cerebro y a los riñones. La diátesis ha engendrado una verdadera enfermedad, que ya no es solamente arterial, como al principio, sino visceral, que evolucionará más o menos rápidamente, tomando el tipo de la esclerosis polivisceral, en el conjunto de la cual la esclerosis renal es la más aparente.

Desde el punto de vista de la patología general, la enfermedad hipertensiva podrá hallar su explicación en ciertos trastornos humorales que conducen a modificaciones del suero sanguíneo, ligados probablemente a trastornos endocrinianos y acaso también viscerales, como ocurre en la mayor parte de las enfermedades de la nutrición.

Desde el punto de vista terapéutico no siempre será conveniente tratar de rebajar a la fuerza una tensión sanguínea a la cual el organismo viene acostumbrado desde hace tiempo, constituyendo en él, por decirlo así, una necesidad. También deberá evitarse el querer curar la hipertensión arterial dirigiéndose exclusivamente a la nefritis concomitante.

En el período de comienzo de la enfermedad se podrá influir sobre la tensión arterial por un régimen que no sea exclusivamente líquido y por el reposo, o por una medicación higiénicodietética y una terapéutica general basadas sobre las condiciones etiológicas diversas y variables en cada caso. El papel del médico en este período se limitará a poner al enfermo en condiciones de poder resistir su hipertensión, para lo que le servirá a veces de mucho una cura termal apropiada y vigilada.

En un período más avanzado habrá que poner en práctica la medicación antinerviosa y antiespasmódica para evitar las crisis tensionales y los espasmos que en este período aumentan de intensidad. Los antinervinos, los nitritos y los vasodilatadores, la acetilcolina y el angioxil podrán ser utilizados con ventaja.

Por último, en un tercer estadio de la afección, es decir, en una fase más tardía y a medida que se vayan sobreañadiendo los síntomas orgánicos, se tendrá en cuenta el desfallecimiento de cada órgano para poner en obra una terapéutica renal, hepática, vascular o cardíaca que venga, propiamente hablando, a evitar o a mejorar las complicaciones, más bien que a tratar la enfermedad misma. (*La Presse Médicale*, núm. 8, 28 de Enero de 1931).—T. R. Y.

Jonás Kairinkstis. TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR Y DIVERSOS PROCESOS CRÓNICOS.—El director del Hospital psiquiátrico de Kalvarija (Lituania) ha publicado en un folleto el resultado del tratamiento por él empleado contra la tuberculosis y otros procesos crónicos, tratamiento que tiene por objeto determinar una inflamación local que produzca la destrucción de leucocitos y con ella la liberación de sustancias defensivas en ellos contenidos (opsoninas, bacteriolisinas). El tratamiento consiste en la inyección intraglútea de 0,075 hasta 0,1 cm.³ de una disolución al 30 por 100 de bencina en aceite de olivas una vez por semana.

Se va aumentando la cantidad inyectada cada vez hasta llegar a un máximo de 0,05 cm.³ En cuarenta casos de tuberculosis pulmonar y algunos de tuberculosis ósea, el autor ha visto tan buenos resultados que recomienda su método.

T. Malamud. LA INSULINA EN ALGUNAS ERITRODERMIAS POR SALVARSÁN Y MERCURIO.—Ante los éxitos de la insulina, en los casos indicados, y los fracasos del tratamiento de las eritrodermias por el tiosulfato sódico y la tiosinamina, nos decidió en 1927 a tratar una eritrodermia postalsvarsánica mediante la insulina; un caso de dermatitis exfoliativa universal, con impetiginización a nivel de las orejas y cuero cabelludo; prurito muy molesto; iniciamos el tratamiento con insulina y la acción fué rápida, en especial sobre prurito y descamación.

Desde este caso hemos tratado varias eritrodermias salvarsánicas o mercuriales con inyecciones de insulina.

La regla para seguir el tratamiento insulínico en estos

casos es de orden general y rige la administración medicamentosa; dar la dosis suficiente y tolerable por el enfermo hasta conseguir los resultados buscados.

Se comienza por tantee la tolerancia a la insulina; durante la cura de ataque se inyecta dos veces por día; rápidamente se alcanza la dosis favorable, en algunos casos de 60 unidades. Muy en cuenta han de tenerse los síntomas hipoglucémicos que se tratarán de urgencia con la ingestión de sustancias azucaradas o bien las inyecciones de suero glucosado.

Conviene en estos casos asociar la opoterapia hepática siempre que se sospeche o se compruebe lesión de hígado. (*La Prensa Médica Argentina*, Buenos Aires, 10 de Enero de 1931. Año XVII, núm. 22, pág. 1.118).—M. A. C.

Couvy y Popoff. SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA POR EL SALICILATO SÓDICO EN INYECCIÓN INTRAVENOSA.—En Julio de 1929 presentábamos los resultados obtenidos en Dakar en el tratamiento de la neumonía de los negros por el salicilato sódico intravenoso.

Trabajo que ha suscitado críticas, pero varios autores han comprobado la eficacia del tratamiento.

Aportamos 114 casos nuevos, que con los 26 de nuestra primera comunicación hacen un total de 140 observaciones, vistos en período de dos años, y todos ellos de neumonías características, con una mortalidad del 5 por 100.

Coetáneamente no aportamos la mortalidad de otros casos tratados por métodos diferentes por no creernos autorizados a privar de este excelente tratamiento a los enfermos testigo.

De estos últimos 114 casos eran muy graves 46, graves 43 y de mediana intensidad 25.

Enfermos que llegaron siempre al hospital en todos los estados de neumonía, del segundo al décimo día, la mayoría del cuarto al sexto.

Los hechos recogidos durante este tratamiento nos permiten decir: La acción del salicilato sódico sobre el estado general es rápida, acentuada; la adinamia, los fenómenos toxiinfecciosos, el desfallecimiento cardíaco se atenúan rápidamente.

La lengua se vuelve húmeda; el enfermo, desintoxicado, manifiesta sensación de bienestar.

Los signos estetoacústicos se modifican poco en los casos graves o muy graves, a menos que el tratamiento sea muy precoz.

En los casos de mediana intensidad, la resolución se acelera; si el enfermo se empezó a tratar en los tres o cuatro primeros días, la neumonía acorta su evolución y la apirexia se establece en el sexto y aun el cuarto día.

La defervescencia, generalmente es en crisis; la lisis es excepcional.

La técnica empleada es la siguiente: Inyección intravenosa de salicilato sódico al 1/30; o sea 30 c. c. de líquido por inyección. No conviene que esta solución esté preparada más de diez días. Según el estado del enfermo se hace inyección diaria o mañana y tarde. Se suspende el tratamiento después del descenso de la temperatura, para repetirse en caso de nueva elevación.

No hay el menor accidente ni induración venosa; no hay signo de toxicidad; la dosis máxima que hemos empleado ha sido de 11 gramos en seis días y 11 inyecciones. (*Bulletin de L'Académie de Médecine*, tomo CV, serie 3.ª, pág. 163, año 95. París, 1931).—M. A. C.

Horacio Abascal y José M.ª Basalt. LA PARÁLISIS GENERAL EN RELACIÓN CON LOS TRAUMATISMOS.—Recapi-

itulando los conceptos, observaciones e ideas clínicas expuestas en este trabajo formulan las siguientes recomendaciones:

1.ª Todo sífilítico debe ser tratado y vigilado con escrupulosidad hasta su completa curación.

2.ª A todo individuo que sufra un traumatismo craneal se le debe examinar rápidamente su líquido cefalorraquídeo con objeto de apreciar si existen alteraciones específicas; y

3.ª A todo individuo que sufra un traumatismo craneal y que su líquido cefalorraquídeo presente alteraciones específicas, por mínimas que éstas sean, se le debe hacer, además de tratamiento antisifilítico, una paludización preventiva tan pronto las circunstancias traumáticas lo permitan. (*Crón. Méd. Qui. de La Habana*, Agosto 1930.)

Nacionales

E. Ribas Ribas. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL POR DEFORMIDAD CONGÉNITA DEL INTESTINO DELGADO.—A pesar del papel esencial que desempeña el intestino en la digestión, se ha llegado a extirpar una gran parte del intestino delgado, hasta 3 metros en el hombre, sin que sobrevenga la desaparición de las funciones digestivas. Este caso clínico demuestra de modo ostensible que aun la extirpación casi total del yeyuno e ileon permite una supervivencia más o menos larga, debida a suplencias fisiológicas, tanto más manifiestas cuanto más riguroso es el régimen a que se someta el individuo. En nuestro caso clínico, mientras estuvo sometida a un régimen adecuado y durante el tiempo que pudimos vigilarla, aumentó visiblemente de peso; una vez trasladada a su domicilio y descuidado el riguroso régimen a que se había sometido, fuéronse presentando trastornos del fisiologismo intestinal hasta acabar con la enferma, siendo a pesar de ello la supervivencia de cinco meses. Un hecho debemos hacer constar, y es que a pesar de la visible mejoría experimentada durante los tres meses que siguieron a la operación, nunca recobró el apetito. (*An. del Hos. de la Santa Cruz y San Pablo*, 15 Noviembre 1930.)

Casto González Villanueva. LA PAPILOMATOSIS LARÍNGEA SOFOCANTE EN LOS NIÑOS.—La exploración de la laringe en los niños pequeños e indóciles sólo se puede practicar a perfección empleando el tubo-espátula para laringoscopia directa de Chevalier Jackson.

La papilomatosis laríngea en los niños afecta muchas veces la forma sofocante al obstruir sus estrechas vías respiratorias. Su diagnóstico es facilísimo viendo la lesión por laringoscopia directa. Los papilomas laríngeos en los niños, aunque tumoraciones benignas, pueden considerarse como malignas, porque los trastornos funcionales que originan son de importancia vital para el enfermo. No cree el autor en la eficacia del tratamiento medicamentoso interno de los papilomas ni en la de las aplicaciones locales. De todos los tratamientos quirúrgicos preconizados para su curación, sólo la ablación endolaríngea, practicada a través del tubo-espátula Chevalier Jackson, nos merece confianza. La traqueotomía únicamente está justificada cuando se necesita asegurar de urgencia la respiración del enfermo. Los rayos X, cuando se perfeccionen y unifiquen las técnicas de aplicación, tal vez puedan llegar a ser el único tratamiento del porvenir en la papilomatosis laríngea infantil. Por ser hoy la irradiación de los papilomas laríngeos en los niños de resultados variables, el método de exéresis endolaríngea por laringoscopia directa, seguido de la radioterapia, nos parece el mejor y más racional. (*Rev. Ib. Am. de Cie. Méd.*, Noviembre 1930.)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

Jarabe

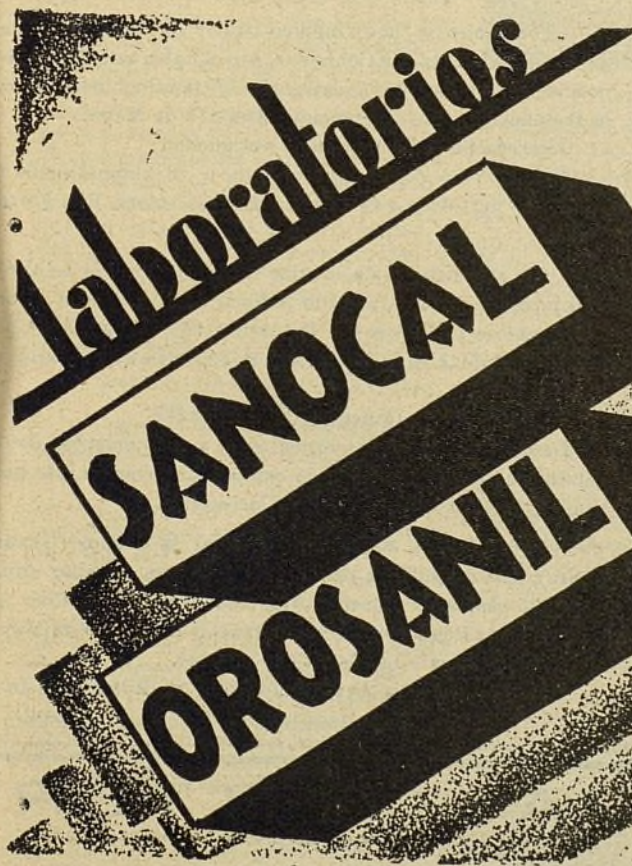
"DEYEN" de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda. ¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.



Abello

SANOCAL

Tiosulfato de Calcio químicamente puro
Calcioterapia intravenosa

Dosis Máxima de Calcio puro inyectada hasta hoy

DOSIFICACION.

0'05, 0'10, 0'25, 0'50, 1 gr., 1'50 y 2 gr.

Recalcificante en general: Raquitismo, Osteomalacia, TUBERCULOSIS, etc.

Hemostático: Hemorragias espontáneas, quirúrgicas y traumáticas, Hemoptisis, Hematemesis Hemorragias "post-partum", etcétera.

Diurético y Deshidratante: Edemas, Pleuresías serosas, hemorrágicas, Ascitis, etc.

OROSANIL

Quimioterapia áurica intravenosa
TUBERCULOSIS

DOSIFICADO EN AMPOLLAS DE 0'01, 0'025, 0'05, 0'10, 0'15, 0'25, 0'50, 0'75 y 1 gr.

Preparado por

D. JUAN ABELLO PASCUAL

Químico-Farmacéutico

en su Laboratorio Vinaces, 3, Prosperidad-MADRID

De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

MUESTRAS Y LITERATURA

HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS

Calle de la Flor Alta, 10

MADRID

SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS

(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

Médico Director: Dr. F. BAUER

Vacantes.

Por renuncia, la de médico titular de Fuentepiñel (Segovia), partido judicial de Cuéllar, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 390; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento, a 22 kilómetros de la cabeza de partido y a 49 de la capital. La estación más próxima, Peñafiel, a 28 kilómetros.

—Por defunción, la de médico titular de Cubilla de Cerrato (Palencia), partido judicial de Baltanás, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 629; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 22; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Iguala, unas 3.625 pesetas.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 22 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Cubillas de Santa Marta, a 9 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Ayuela de Valdavia y sus anejos: Valderrábanos y Tabanera de Valdavia (Palencia), partido judicial de Saldaña, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 940; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento de 300 habitantes, a 13 kilómetros de la cabeza de partido y a 80 de la capital. La estación más próxima, Herrera, a 27 kilómetros. Río. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Pedraza de Campos (Palencia), partido judicial de ídem, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 550; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 16; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 18 kilómetros de la capital. La estación más próxima, a 5 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Zaorejas (Guadalajara), partido judicial de Cifuentes, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 911; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Guardia civil. Iguala, 4.625 pesetas.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 40 kilómetros de la cabeza de partido y a 80 de la capital. Las estaciones más próximas, Sigüenza y Medinaceli, a 55 kilómetros. Río Tajo.

—Por renuncia, la de médico titular de Albendiego y sus anejos Somolinos y Condemios de Abajo (Guadalajara),

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.

partido judicial de Atienza, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 787; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 1; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Iguala, 4.800 pesetas.

Datos.—Lugar de 340 habitantes, con Ayuntamiento, a 16 kilómetros de la cabeza de partido y a 70 de la capital. La estación más próxima, a 40 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Periana (Málaga), partido judicial de Colmenar, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4.812; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 234; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 40 de la capital. Carretera. Río. Ferro. carril.

—Por renuncia, la de médico titular de Tricio y su anejo Manjarrés (Logroño), partido judicial de Najera, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 962; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 2 kilómetros de la cabeza de partido y a 24 de la capital. La estación más próxima, Cenicero, a 9 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Usanos (Guadalajara), partido judicial de Guadalajara, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 515; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Iguala, 3.625 pesetas.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 13 kilómetros de la

(Continúa en la página siguiente.)

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. - Bicarbonatada. - Sódica.

ESTÓMAGO - RIÑONES - DIABETES - OBESIDAD

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

La plaga del amor nefando, como la plaga de las herejías que se difundieron por Europa, no penetraron en España, como no habían penetrado, años antes, ambas plagas en los conventos de nuestros Templarios. Durante la legación del cardenal Borja en España el año 1473, penúltima de la vida de Enrique IV, se congregaron concilios en Aranda y Madrid para reorganizar las costumbres del clero, un tanto relajadas por las guerras, y entre otros cánones se señaló en uno «penas contra la incontinencia de los eclesiásticos, contra la simonía (ven-

bria sus piernas con toscas polainas y sus pies con calzado obscuro y destrozado».

CARABANA: el mejor purgante.

En este sucio cuadro de masculinidad al rey, según un popular adagio que dice que el hombre debe oler a tabaco, a vino y a otra cosa maloliente, y quita todo valor a la versión del jesuita francés Buffier, quien, confundiendo al rey en la corte, dijo «que vivía afeminado».

La corte, en verdad, no debía estar afeminada, y si lo estaba sería solamente en el arte de vestir.

En las justas y torneos «los caballeros hacían gala de buenos cabalgadores, de airoso en su continente, de fuertes en el arremeter y certeros en el herir» (Lafuente). La presencia de la mujer en estas manifestaciones de valor, al que entregaba ella, como premio, su pasión y su belleza de carnes nacaradas, trocaba en ricos metales repujados y en costosas telas las pesadas armas y toscas vestiduras del guerrero, y los caballeros «lucían sus vistosos trajes y paramentos, ostentaban con orgullo las banderas, las cintas o las trenzas de los cabellos de sus damas, y dedicaban los trofeos

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

ta de dignidades eclesiásticas), los juegos prohibidos, los espectáculos en las iglesias, los matrimonios clandestinos, los raptos y los desafíos» (1). Canon que patentiza que los vicios dominantes en España en aquella época no era lo que ponderaba Maquiavelo, sino, por el contrario, eran vicios consecuentes con una raza viril y fogosa en sus instintos varoniles.

Como argumento histórico contrario a la gratuita imputación de homosexualidad de Don Enrique, hay el siguiente: Cuando Don Enrique recibió la famosa carta de los nobles rebeldes y se negó a combatirlos, el obispo de Cuenca Don Lope Barrientos, su antiguo ayo, le dijo: «Señor, pues que vuestra alteza no quiere defender su honra ni vengar sus injurias, no esperéis reinar con gloriosa fama. De tanto vos certifico que dende agora quedaréis por el más abatido rey que jamás hovo en España» (Zamora). Estas palabras en el ayo, que conocía al detalle la infancia y juventud del rey, demuestra que antes de «agora» no había dado Don Enrique motivos para discutir su personal y privativo honor. Otro argumento de que, potente o impotente, anhelaba el rey pasar por muy hombre ante los ojos de sus súbditos, y que por consiguiente no sentía impulsos homosexuales, lo es el «exhibicionismo» que el Dr. Marañón encuentra

L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE 1931

12,50 ptas.—Contra reembolso, 13,25 ptas.

Exclusiva de venta:

LIBRERIA FRANCO-ESPAÑOLA

Avenida Eduardo Dato, 10, Madrid. Tel. 93.517.

en las aventuras extraconyugales del monarca y en la entrada en Madrid de la «regia preñada» (cap. XII).

Según el Dr. Marañón y el deslenguado cronista (Cronista, cap. XV), Don Enrique era «tosco, feo, maloliente, amaba la pestilencia, cualquier olor agradable le era molesto, aspiraba con deleite la fetidez de la corrupción, el hedor de los cascos cortados de los caballos, el cuero quemado y otros más nauseabundos. Era misántropo, vestía y calzaba con desaliño, trajes de lúgubre aspecto, cu-

(1) Historia general de la Iglesia, escrita en francés por Berault-Bercastel y traducida al castellano por D. Epifanio Díaz Iglesias, doctor en Sagrada Teología.

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

de sus glorias al objeto de sus amores» (Lafuente). Las fiestas y los banquetes de deslumbrante riqueza completaban la inducción al refinamiento en el vestir. «Y no eran sólo los nobles y prelados los que ostentaban aquel lujo pernicioso e insostenible: alcanzaba el contagio a todas las jerarquías, fortunas y condiciones» (Lafuente). «Este lujo, que las leyes suntuarias eran ineficaces para contener, llegó a tal refinamiento que hizo a los hombres afeminados» (Lafuente). Pero algo exageradas debieron ser las críticas, como suelen serlo casi siempre, cuando Enrique de Villena, en «El triunfo de las donas», escrito en el reinado anterior, decía contra el afeminamiento: «Son infinitos (e a queste es el engaño de que más ofendida naturaleza se siente) que seyendo llenos de

JARABE ALMERA

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

años, al tiempo que más debían de gravitar que de liviandar ya demostrar en los actos, los blancos cabellos por encobrir de negro se hacen tener» y critica también el uso de perfumes y hasta el de dientes postizos, «almásticos dientes, más blancos que fuentes».

(Continuará.)

Crisis sí, pero de compañerismo.

La primera sorpresa que tuve al empezar mi vida profesional fué el comentario de las gentes.

Empezé, como casi todos, haciendo substituciones, y en cada pueblo los comentarios sobre mi humildísima persona eran totalmente distintos. Había que



ver la facilidad con que las gentes más analfabetas opinaban de mi caudal científico. En cada pueblo de distinta manera. Para los del pueblo de X era un portento de sabiduría y en cambio en la villa de Z existían las opiniones más dispares. Un barbero analfabeto no se cansaba de decir de mí «que era una calamidad» y una vecina sin gran motivo me defendía exageradamente con verdadero fanatismo.

A mí me molestaban mucho estas cosas porque rebajaban nuestro crédito y por su falsedad. Me preguntaba yo: ¿por qué estas preferencias de la gente, por qué estas consideraciones inmotivadas? De de luego veía nuestra culpa. «Nosotros no hacíamos medicina científica», y por eso no se tenía en nosotros la confianza que es necesaria para todos y sin la cual nunca llegaremos a nada.

Las primeras consultas me dejaron un recuerdo amargo. Es verdad que existía compañerismo entre nosotros, pero... ¡cuán deleznable! Unas veces insinuaban los compañeros que nuestro tratamiento era indicadísimo, pero que con él se moriría el enfermo; otras veces nuestro amable colega daba una importancia enorme a un síntoma delante de la familia, y en relación con él afirmaba

“MALTOPOL”

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

en forma que dejaba sentado no muy bien nuestro crédito ante nuestra clientela.

¡Qué hermosas, cuánto me agradaban a mí aquellas consultas que realizaba en lo recóndito de mis sueños con otros compañeros! Aquellas consultas eran de verdadera luz y no de pasos de comedia o sainete. Eran absolutamente secretas, y el compañero consultado ni recetaba ni exponía nada delante de la familia, con lo que resultaba una mayor firmeza de nuestro crédito; se suprimían las luchas entre nosotros y el tratamiento se hacía más científico, puesto que nunca faltaba el juicio del laboratorio. No existía ni rivalidad ni antaonismo, y nos-

otros, siempre realizando nuestro diagnóstico con arreglo a un sistema más científico, enviábamos al especialista y al laboratorio lo que a ellos correspondía, procediendo con ciencia y conciencia y no afirmando lo que no sabíamos, con lo cual nuestro crédito quedaba bien sentado sin recurrir a ciertos subterfugios de curandero.

El escribir en un periódico profesional me permite ciertas franquezas que no considero delaciones. Son dos casos. El primero fué un compañero que diagnosticó cáncer del estómago inoperable para evitar las consecuencias de un diagnóstico poco seguro, y el segundo fué un compañero que «operó una neoplasia del pecho sin extraer los ganglios y afirmó después que el enfermo mori-

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

ría porque volvería a hacerse el cáncer al cabo de un año».

¿Qué confianza puede tenerse en nosotros si procedemos de esta forma?

Necesitamos moralidad y compañerismo, y sin ellos no resolveremos la actual crisis profesional, que no es por sobra de médicos como creen algunos.

En España faltan médicos, comadronas y practicantes. Pasa sobre todo en los pueblos lo que al famoso sastre de Cervantes. Tantos gorros quisieron que hiciese con tela necesaria para uno solo, que salieron tan pequeños que no servían. Tanto ha sido entre nosotros la falta de unión, que hemos acabado por trabajar casi gratis, y claro está que en estas condiciones nuestros servicios han de ser por fuerza incompletos, nuestros diagnósticos, pronósticos y tratamientos hechos a la ligera, y nuestro crédito, como consecuencia, por tierra; aparte de la feroz y escandalosa lucha que llega a hacerse en algunos puntos por conquistar a un cliente o sostener un malentendido amor propio.

Nuestros compañeros de Madrid han llegado a firmar iguales a veinticinco céntimos, menos de la cuarta parte de lo que se estima su trabajo un barbero.

Por otra parte, la creencia, desgraciadamente fundada, de hacerse un nombre por medio del lujo y la publicidad, hace la lucha más enconada. Yo creo que la fama de un médico debiera de tener mejor fundamento, por ejemplo: Consi-

ANTIPHLOGISTINE

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

derar la categoría de un médico por el número de cursillos aprobados después de terminada la carrera, equivaliendo cada uno a un punto.

Hay compañero que en Barcelona tiene 2 000 iguales y trabaja como un desesperado haciendo diagnósticos sin entrar en las habitaciones de los enfermos y aun desde la escalera. No es posible visitar 40 o 50 enfermos cada día y visitarlos bien.

Es preciso hacer un poco de cultura; que sepa la gente que cualquiera de

nosotros que haga un trabajo compatible con su tiempo puede servir con garantía a un enfermo, y que el exigir a un médico más trabajo que el que puede hacer o menos dinero del que necesita

Urosolvina: eficaz antiúrico.

para vivir, es tener curanderos y no médicos, es curarse con temeridad.

Al pueblo debemos inculcarle la necesidad de pagar y pagar bien; si no lo hacen así laboran por su propio mal. A nosotros nos conviene unirnos para que esta obra de justicia se realice, para que cada médico no pueda visitar más de lo que es buenamente posible, para que nos respetemos y consideremos, para que todos podamos vivir y vivir dignamente. Para que nuestros enfermos los miremos como enfermos y no como cosa explotable, para que nos sintamos con deseos de estudiar y con optimismo.

En mi primer pueblo un viejo compañero me dijo: ¡Pero aún estudia! Hace treinta años que no he visto un libro y aún soy médico de fama.

RESUMEN

Es necesario el compañerismo para sostener nuestro crédito, y no debemos luchar entre nosotros, sino ganar más aún, aumentando nuestros honorarios si es preciso.

No debemos trabajar más de lo buenamente posible, debe limitarse el número de iguales o el número de habitantes que puede servir cada médico y

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

bajo ningún concepto tener más iguales, bajo severas sanciones.

No deben realizarse consultas sin comprobación para evitar humillaciones injustificadas al médico de cabecera, y esta comprobación debe hacerse por todos los medios de investigación y laboratorio. El médico consultado no debe exponer su opinión ni recetar jarás.

Debe insistirse en la necesidad de los permisos anuales para colocar compañeros y hacer cursillos de repaso. De la posibilidad de vivir todos nuestros compañeros depende su honorabilidad y el buen nombre de nuestra clase.

Debe obligarse a los Ayuntamientos a tener practicantes y comadronas e impedirse por todos los medios cualquier ultraje o atropello de su compañero. La dignidad y el bienestar de un compañero son la dignidad y el bienestar de todos nosotros.

Debe estimularse al médico, pero este estímulo no puede ser el juicio de la gente profana, sino el de los profesores o superiores sanitarios. Una serie de

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

cursillos cada vez de enseñanzas o de repastos más superiores debe substituir poco a poco a los méritos por elegancia, por antigüedad o por oposiciones. Los

caminos deben abrirse a todos y el porvenir no puede ser el patrimonio de unos pocos, más ricos o con más influencia o menos o con menos reparos de conciencia. Tampoco creo pueda autorizarse en el porvenir el ejercicio de una especialidad sin demostrar suficiencia ante un tribunal.

Obligando a cada médico a un número limitado de visitas terminaremos con las Sociedades que nos exolotan.

Por último, sin tribunales de honor, la música de las bofetadas y el escándalo acabarán por hundirnos en la vergüenza, como se vió en Barcelona durante el cursillo de Inspectores.

J. SERRANO.

(Boletín Médico)

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

EL QUE se tiene por sabio cree necios a todos los demás.

LA SIDRA es el jugo de manzana fermentada. Es muy popular en Normandía (Francia), donde fué fabricada por primera vez en el siglo XII. Para hacer sidra buena se debe vigilar la cosecha de las frutas. A las manzanas que no son bastante maduras les falta perfume y azúcar. Las manzanas demasiado maduras producen una sidra de mal gusto, que no se conserva. La sidra se debe beber en seguida después de sacarla de la barrica, de lo contrario se vuelve agria.

EN INGLATERRA hay trescientas mujeres que desempeñan el oficio de herrero.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Corella ha fallecido D. Angel de Miguel, médico titular durante cuarenta y dos años.

— En Málaga, D. Sebastián Pérez Souvirón, presidente de la Hermandad de San Cosme y San Damián.

— En Reza, el médico D. Manuel Fuerte Cubelas.

— En Sevilla ha fallecido D. José Ji-

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

ménez Cruz, médico titular durante cincuenta años de Palma del Río (Córdoba); y la madre del médico D. José Uceda Ruiz y hermana del compañero D. José Ruiz Mejías, a quienes patentizamos nuestro duelo.

— En Méjico ha muerto el doctor D. Juan Salas Campoy, padre político del médico de Sevilla D. José Morón Ruiz, de cuyo sentimiento participamos.

— En Madrid falleció el 29 del pasado el capitán médico de Sanidad Militar D. Fernando Aparicio de Santiago.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS
ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

Tónico digestivo. — Ácido clorhídrico, pepsina, colombo y nuez vómica.
Delicioso medicamento que suple en los enfermos la falta de jugo gástrico.



✦ **TRATAMIENTO EFICAZ** ✦

REUMATISMO ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL MANGAN-ARSENILO

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

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

— 1.ª temporada de 1.º de Abril a fin de Junio —

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.
Alquiltranada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

capital, que es su cabeza de partido, y la estación más próxima. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de Fajares de la Lampreana (Zamora), partido judicial de Zamora, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.223; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 25; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 25 kilómetros de la capital. La estación más próxima Piedrahita, a 5 kilómetros. Carretera.

—Por defunción, la de médico titular de Lemoniz (Vizcaya), partido judicial de Guernica Lumo, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 883; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia 24; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Ayuntamiento formado por Lemoniz, Andracas, Arminza, Ucurri y Urizar, a 35 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Plencia, a 6 kilómetros. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Monroyo y su anejo Torre de Arcas (Teruel), partido judicial de Valderrobles, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 1.560; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 24; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa de 631 habitantes, con Ayuntamiento, a 26 kilómetros de la cabeza de partido y a 120 de la capital. La estación más próxima Alcañiz, a 44 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Parras de Castellote (Teruel), partido judicial de Castellote, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 260; categoría 4.ª; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 8 kilómetros de la cabeza de partido y a 80 de la capital. La estación más próxima, Alcañiz, a 50 kilómetros. Camino vecinal.

(Continúa en la página siguiente).

JARABE de DIGITAL LABELONYE

EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO

CONTRA LAS DIVERSAS

AFECCIONES del CORAZÓN, HIDROPESIAS
TOSES NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

FOSFOTIOLCOL
TOSES Y CATARROS

Ayuntamiento de Madrid

DERMATOSIS INFANTILES

desaparecen rápidamente con

DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO
de sabor agradabilísimo.

PASTA POROSA CABALLERO (Dermatitis rezumantes).

De venta en todas las Farmacias. Pídanse muestras á Laboratorio de Productos Dermatológicos, J. Caballero Roig. Apartado 710.—BARCELONA

—Por renuncia, la de médico titular de Campiábalos y su anejo Villacadima (Guadalajara), partido judicial de Atienza, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 779; categoría 4.ª; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay un médico que tiene contratadas las iguales.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento, a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 77 de la capital. La estación más próxima, Sigüenza, a 50 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Enfesta (Coruña), partido judicial de Santiago, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4.768; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 300; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Ayuntamiento, a 8 kilómetros de la cabeza de partido y a 56 de la capital. La estación más próxima, Cornes, a 9 kilómetros. Río y carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Espera (Cádiz), partido judicial de Arcos de la Frontera, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.701; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 215; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 12 kilómetros de la cabeza de partido y a 100 de la capital. Río Salado.

—Por renuncia, la de médico titular de Villagalijo, formando el partido, además del indicado, los pueblos: Ezquerria, Santa Olalla del Valle, San Vicente del Valle, San Clemente del Valle y Espinosa del Monte (Burgos), partido judicial de Belorado, con el haber anual de 1.850 pesetas. Población, 800; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 9 de Mayo.

Observaciones. Concurso de antigüedad. Puede contratarse con 125 familias pudientes.

Datos.—Villa de 222 habitantes, con Ayuntamiento, a 10 kilómetros de la cabeza de partido y a 46 de la capital. La estación más próxima, Castil de Peones, a 28 kilómetros. Carretera. Río Tirón.

HIERRO QUEVENNE Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS á causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemias* y *los ferruginos insalutables* en los países cálidos. — 14, rue de Beaum-Arts. París.

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAIS
Eficaz, Agradable é inofensivo.
ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA
De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap.º 229.
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador. 44 Rue d'Aguesseau. BOUTOGNE. PARIS

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo

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

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

Correspondencia administrativa . .

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

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

D. Julián Gómez Descalzo.—La mejor forma de pago es el giro postal. En la cubierta del periódico están los precios de suscripción.

D. Antonio Niño González.—Id.

D. José Gallego.—Recibido su giro. Suscrito a *El Huerfanito*. Le envío las páginas de «Clínicas» deseadas.

Giros recibidos durante el mes de Marzo sin poder aplicar por falta de datos:

Boris (Caudiel).
Bove (Barcelona).
Corconte (Villalón).
Márquez (Pozoblanco).
Baraona (Burgos).
D. Angel García (Vitigudino).

D. Aurelio Alonso Pascual.—Pagado fin Julio 1931.

D. Amancio González Grigelmo.—Id. fin Diciembre 1931.

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.



ANALISIS

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

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

Carretas, 14, Madrid.

FUNDADO EN 1866.

de los cotiledones placentarios normales. Este error se puede cometer incluso en los casos en que el embarazo dura los nueve meses y se inicia la expulsión de la mola.

La existencia de las hemorragias unida a un útero muy voluminoso, es fácil que haga pensar en la existencia de un fibroma uterino; el diagnóstico diferencial sería imposible si se tratase de una mola desarrollada en un útero fibromatoso. Cuando la mola deja de crecer y el volumen del útero es inferior al que corresponde a la época del embarazo habrá que hacer el diagnóstico diferencial con la muerte del feto. Si se trata de una mujer que se halla cerca de la época de la menopausia habrá que pensar que se trate de un epitelio-ma, hasta que se tengan datos ciertos de la existencia de la mola.

Todavía resulta más difícil hacer el diagnóstico de la rotura del útero en un caso de mola, sobre todo si sobreviene dicha rotura cuando la mola no se ha diagnosticado todavía. De cuanto precede se infiere que se sospechará la existencia de la mola en los casos en que una mujer habitualmente bien reglada tenga hemorragias frecuentes con un útero de volumen superior al que corresponde a la edad del embarazo, y que solamente se podrá afirmar dicho diagnóstico en los casos en que se compruebe la existencia de vesículas, sea por la expulsión de las mismas, sea por su reconocimiento mediante el tacto.

Mientras las hemorragias son pequeñas el tratamiento se puede reducir al empleo de irrigaciones vaginales ligeramente antisépticas en la forma habitual. Cuando las hemorragias son más copiosas se procederá a las irrigaciones a temperatura elevada. Si esto no basta se procederá al taponamiento vaginal, y en caso de que a pesar de todo continúe la hemorragia se procederá a la interrupción del embarazo por los procedimientos habituales, con tanto mayor facilidad cuanto que como se ha observado en tales casos no se suele encontrar feto o éste ha muerto ya cuando llega la enferma a este estado; por consiguiente, no hay preocupación en cuanto a acelerar la muerte del mismo. Respecte a los medios a que se recurra para provocar el parto, debe te-

en el momento en que se va a expulsar dicha mola. No suele ser la hemorragia muy abundante, pero se reproduce con intervalos que hacen, a veces, creer a la enferma que reaparece la menstruación. Tras de la hemorragia, que dura unas horas o unos días, se presenta un flujo sanguíneo o seroso muy persistente. Distínguese este flujo, sea cual fuere su color, porque tiene olor fétido. Las hemorragias se van repitiendo cada vez con mayor frecuencia y con mayor abundancia hasta el punto de poner en peligro la vida de la enferma. En los casos en que la degeneración vesiculosa es parcial puede faltar este síntoma por completo.

La mola determina un crecimiento rápido del útero, el cual deja ya de estar en relación con el período del embarazo a que corresponde. Generalmente ocurre este desarrollo rápido en el segundo o en el tercer mes; la matriz alcanza de este modo en poco tiempo el volumen del útero a término, y a partir de entonces permanece invariable de volumen. Otras veces se detiene en cualquier momento el desarrollo del útero, y hasta puede disminuir si por un desprendimiento del huevo ha dejado de desarrollarse la mola y si se expulsan vesículas acompañadas de una copiosa hemorragia. Por excepción puede tener el útero una forma irregular cuando las vesículas han penetrado en el espesor de su pared. La consistencia es variable; mientras es pequeño suele ser duro; pero cuando se hace voluminoso es blando y hasta fluctuante; esto último sobre todo en los casos en que hay un poco de hidramnios. A pesar de esta blandura es imposible demostrar por la palpación la presencia de un feto en el interior del útero. Por la auscultación no se perciben los latidos fetales, pero sí el soplo uterino.

El tacto demuestra que el segmento inferior del útero es blando; el cuello puede hallarse cerrado o entreabierto, hasta el punto de permitir la introducción de un dedo; pero en este caso no se llega a las vesículas. La expulsión espontánea de las vesículas es, desde luego, un síntoma patognomónico; pero es excepcional encontrar este síntoma; se hallan las vesículas entre los coágulos de la hemorragia.

Pocas veces, tratándose de molas embrionarias, se encuentran los síntomas debidos a la presencia de un feto.

En cuanto a síntomas generales, puede la enferma no tener otros que los de un embarazo normal; pero otras veces presenta un estado de desnutrición y abatimiento que no se suelen explicar por las hemorragias que haya sufrido, puesto que aparecen antes que las hemorragias mismas o cuando solamente hay sino muy escasas. La albuminuria se presenta muy a menudo. Habitualmente se expulsa la mola en el segundo o en el tercer mes del embarazo; puede tener lugar la expulsión en las primeras semanas, pero también puede suceder que muerto el feto la mola quede adherida a la pared del útero y que no tenga lugar la expulsión sino al cabo de un año o más después de la concepción. Es frecuente que en los primeros meses del embarazo salga la mola del útero con los síntomas de un aborto, dolores y hemorragia. Se deben estos síntomas no solamente a las contracciones del útero para vaciarse de su contenido, sino también al desprendimiento de la mola de la pared uterina. La dilatación del cuello es más lenta y no llega a ser tan completa como en un caso de aborto verdadero. La mola se expulsa a veces de una sola vez, que es, afortunadamente, el caso más corriente, y otras veces se desprende poco a poco por fragmentos, y como entonces puede tardar la eliminación total mucho tiempo, ocurre que los residuos entran en putrefacción en el útero y provocan una septicemia.

Además, durante este período de la expulsión fraccionada de la mola se producen repetidas hemorragias cuya consecuencia puede ser la muerte de la enferma por desangración. Hay veces que no se llega a realizar la expulsión de la mola, sea porque la enferma sucumbe antes a la hemorragia, sea porque la mola sea adherente o porque se encuentre en un cuerno uterino, en una trompa o en el espesor de la pared muscular de la matriz. Por fin, ya hemos citado los casos muy excepcionales en los que la degeneración afecta exclusivamente a un fragmento pequeño de la placenta y a pesar de la mola llega el embarazo a término, se hace el parto en

condiciones normales y solamente el examen de la placenta demuestra la existencia de dicha degeneración.

El pronóstico de las mujeres que padecen una mola es serio. Aunque lo más corriente es que la expulsen y, por tanto, que el accidente termine sin que la vida de la enferma llegue a encontrarse en verdadero peligro, el hecho es que por las hemorragias, por las posibilidades de infección, de perforación del útero, por los accidentes de la albuminuria y de los vómitos incoercibles, el pronóstico no deja de ofrecer motivos importantes de preocupación. Además no se debe olvidar que las mujeres que han padecido una mola han presentado a veces un tumor de los llamados sarcomas coriocelulares o deciduomas malignos, de modo que el pronóstico a largo plazo también puede ser sombrío. Probablemente se desarrolla este tumor en las enfermas que no expulsaron completamente su mola. Para el feto, el pronóstico es mucho más grave. Casi siempre muere y en muchos casos ya hemos visto que no se descubren ni vestigios de él.

El diagnóstico de la mola no suele ser fácil. Hay, en efecto, casos en los que la enferma expulsa vesículas o en los que se practica un tacto intrauterino y se descubren de este modo. La primera de estas circunstancias es rara; en cuanto a la segunda no se debe aconsejar en ningún caso. Y de no ser así muchas veces pasará inadvertida la existencia de la mola. El hecho de haber existido en un embarazo anterior, la desproporción entre el volumen del útero y la fecha del embarazo, cuando se tiene certeza de ésta, y la presencia de las hemorragias harán sospechar que se trata de una mola. Es preciso, para afirmar el diagnóstico, comenzar por asegurarse que la masa que se toca es efectivamente el útero y no se trata de un tumor de otro órgano, por ejemplo, de un quiste del ovario. Las hemorragias unidas a las contracciones dolorosas harán creer a veces que se encuentra la enferma en la inminencia de un aborto, pudiéndose pensar en ocasiones que se debe tal accidente a una inserción viciosa de la placenta. Si se hace entonces el tacto, cuando el cuello se encuentra entreabierto, se puede llegar a las vellosidades degeneradas y suponer que se trata

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

La MONOGRAFIA IX

abarca

DOS IMPORTANTISIMOS TEMAS:

El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones.

Intubación laringea

por el DR. GARCIA VICENTE

y

ALTERACIONES DE LA VGZ, LARINGITIS Y RONQUERA

por el DR. HUARTE MENDICOA

SON dos MONOGRAFIAS unidas con un número de páginas superior al ofrecido.

EL PRECIO NO VARÍA: 1,50 para los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO.

CARIES
OSEA Y
DENTARIA
TUBERCU
LOSIS - RA
QUITISMO.

COMPRADO
DE TALLER CALCIL
CON
LEFEL
MICAHO

BIONERGO
BLEFEL
ELIZIR E INTECTABLE.

PODEROSO
RECONSTITUYENTE
EFICAZ
ANTITU-
BERCU-
LOSO

Hemorroides

Prescriba los Supositorios

Anusol-Goedecke

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

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

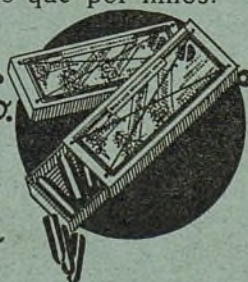
El Anusol-Goedecke desinfecta, deseca y cura las superficies inflamadas, húmedas y supuradas.

El Anusol-Goedecke no es tóxico y no contiene ninguna sustancia 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



ALMORRANAS



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

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

Médicos distinguidos y los principales periódicos profesionales de Madrid: EL SIGLO MÉDICO la Revista de Medicina y Cirugía práctica, El Genio Médico, El Diario Médico Farmacéutico, El Jurado Médico Farmacéutico, la Revista de Ciencias Médicas de Barcelona y la Revista Médico-Farmacéutica de Aragón, recomiendan en largos y encoñados 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.

Deposito central: Sr. Medina, Serrano, 38, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

MEDICACIÓN ANTIANAFILÁCTICA POLIVALENTE

GRAGEAS

GRANULADOS



MIGRANIAS

URTICARIAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS por ASSIMILACIÓN DEFECTUOSA
PRURITOS — ECZEMAS — ESTROFULO

COLAGOGO

GRAGEAS

GRANULADOS



COLECISTITIS CRÓNICAS

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

PERTURBACIONES DIGESTIVAS

DE ORIGEN HEPÁTICO

Laboratoire des Produits Scientia

Docteur E. PERRAUDIN*, Pharmacien de 1^{re} Classe, 21, rue Chaptal, Paris-9^e

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO- Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Extracto de las Juntas de gobierno celebradas en el Colegio de Médicos de la provincia de Madrid durante el mes de Marzo de 1931.—Otra falta por omisión, por Fontellán.—Colegio de Huérfanos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Correspondencia.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Efemérides.

Muchas cosas han ocurrido en los breves días que visitamos por última vez a nuestros suscriptores. Muchas cosas inesperadas y que requieren grande expectación y ánimo tranquilo para ser juzgadas o para aventurar pronósticos acerca de sus consecuencias.

En primer lugar, sin ninguna restricción y desde el primer momento, reconocimos con placer, al presenciarlas, y seguimos confesando, que las elecciones municipales verificadas en Madrid, y por lo visto en toda España el domingo último, constituyeron un ejemplar espectáculo, no presenciado nunca en nuestro país. Tal fué la concurrencia de votantes, el orden absoluto en los comicios y la ausencia completa de toda intervención autoritaria ni visiblemente caciquil.

Esta es la verdad, y nosotros desconocemos otro lenguaje que el que de ella no sea.

Las consecuencias y las aplicaciones, más o menos impacientes por parte de todos, que de aquel hermoso espectáculo se han deducido, no son de nuestra actual incumbencia.

Lo que sí es y siempre lo será es el deber de acompañar a todos en el deseo de laborar por el prestigio, el bienestar y la grandeza de España, de la ciencia y de la profesión médica. Por esto hemos trabajado siempre; ésta ha sido nuestra constante actitud y es muy tarde para que quien tan probado tiene lo sano de su conducta y lo elevado de sus propósitos, varíe por ningún género de razones.

Como documento curioso hoy y siempre envejecedor para nuestro viejo periódico, nos ha ocurrido reproducir la *Revista de la Semana* que el 11 de Febrero de 1873 escribía Decio Carlan en EL SIGLO MEDICO, quien puede hoy decir imitando al romántico personaje del más popular de sus dramas:

«Que lo que él aquí escribió,
sostenido está por él».

REVISTA DE LA SEMANA

(Publicada el día 16 de Febrero de 1873 con motivo de la renuncia de la corona de D. Amadeo de Saboya.)

«NUEVA SITUACIÓN

»No habrá lector de EL SIGLO MEDICO a cuyos oídos no haya llegado la noticia del grave y transcendental cambio político ocurrido con motivo de la renuncia a la corona de España hecha por el Rey que eligieron hace poco más de dos años las Cortes Constituyentes.

»Preocupados los ánimos en vista de las difíciles circunstancias por que el país atraviesa y ocupada la atención general en la resolución de las arduas cuestiones de gobierno que habrán de resolverse, nada tiene de extraño que la semana anterior haya sido tan escasa de novedades para nuestra clase como fecunda en acontecimientos políticos.

»Entramos en una nueva era de la que nada puede decirse, nada entreverse, nada asegurarse; la nueva forma de Gobierno planteada en España está llamada a resolver problemas que en más o menos han de afectar a la clase y a la profesión. ¿Ganará ésta? No seremos nosotros los que contestemos a tal pregunta hoy por hoy, y sí sólo haremos votos por que Dios inspire a los nuevos hombres encargados de regir los destinos patrios en bien de la generalidad, de la ciencia y de la profesión.

»Proclamada la República, nos hallamos en una nueva interinidad y habrá por necesidad de seguir otro período constituyente más o menos largo.

»El cambio habrá de consentir, entretanto, nuevo ensanche a la libertad, nada escasa por cierto, que había cobrado ya el ejercicio de nuestras profesiones, y a la no menos amplia de que los municipios gozaban. En cuanto a la enseñanza, no habrá quien espere ley alguna restrictiva, y bien podríamos contentarnos si se ordenara algún tanto la existente y se hallara medio, en obsequio a la salud pública, de establecer un bien entendido y riguroso sistema de exámenes.

»Como el último ministro de Fomento del Rey D. Amadeo es el ministro primero de la Repú-

blica, debe tener muy adelantado el proyecto de ley a que hemos hecho en otras ocasiones referencia, y no será extraño que se presente pronto y apruebe por la Asamblea Nacional.

»De todas suertes, comienza, según dejamos dicho, una nueva era para la Medicina como rama de la enseñanza, como ciencia, como profesión y como auxiliar muy necesario de la Administración pública.

»Queda el tiempo encargado de determinar lo que gane o lo que pierda bajo esos diferentes aspectos, aunque razón había para aguardar lo primero, pasando de 30 los médicos y farmacéuticos que figuran en la Asamblea, y habiéndose facilitado mucho las discusiones por la unión de los anteriores Cuerpos colegisladores.—*Decio Carlan.*»

En cuanto a insinuaciones que personalmente parecen hacérsenos a nosotros, no se nos ocurre decir sino que si hoy, después de las impresiones de nuestros dos últimos números, de los convencimientos de afecto y gratitud allí expresados nos presentáramos hoy con variado aspecto, sin justificada razón ante nuestros lectores de toda la vida, no mereceríamos ciertamente, ni el premio de su estimación, ni siquiera la cortesía de su lectura.

En la mañana del miércoles 15 próximo pasado, quedó entregada la dimisión de nuestro director señor Cortezo del cargo de presidente del Consejo de Estado que venía desempeñando, habiendo permanecido en dicho Cuerpo veintidós años y alejándose de él como de todos los cargos que ha desempeñado en su larga vida, por su propia y reflexiva voluntad.

DECIO CARLAN

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

REAL ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Conferencia del Dr. Víctor Morax, de los Hospitales de París.

Bajo la presidencia del Dr. Recasens y con asistencia de varios académicos y buen número de especialistas, dió el día 11, a las seis de la tarde, el ilustre oculista francés Dr. Morax una brillante conferencia seguida por todos con el máximo interés que inspira el gran maestro.

Presentado con bien merecidas frases de elogio por el Dr. Márquez, el Dr. Morax, después de agradecer el honor que supone la invitación de la docta Corporación, pasa a ocuparse del tema a desarrollar en la sesión sobre

ETIOLOGÍA DE LAS INFECCIONES INTRAOCULARES DE ORIGEN EXÓGENO

Basándose únicamente en los resultados de una estadística personal y sobre el estudio bacteriológico y anato-

mopatológico de ojos gravemente afectos, consecuencia de un traumatismo accidental o de una intervención quirúrgica, el Dr. Morax señala que la infección intraocular puede reconocer dos orígenes diferentes: primero, por un microorganismo huésped habitual de la conjuntiva y arrastrado hacia los tejidos intraoculares por el cuerpo extraño o el instrumento punzante, contundente o quirúrgico; segundo, el germen procede del polvo, agua, humos o materias fecales aportados por el cuerpo vulnerante.

En las primeras ocupa el lugar preeminente el pneumococo, enemigo de diversos órganos y también del ojo, siendo la causa más frecuente de infección (25 de 53 infecciones supuradas) a pesar de que la estadística se refiere sólo a los casos graves en que lo violento de la infección obligó a practicar la enucleación, porque si contásemos también los casos de infecciones más atenuadas debidas al pneumococo la proporción en que encontraríamos al germen sería aún mucho mayor.

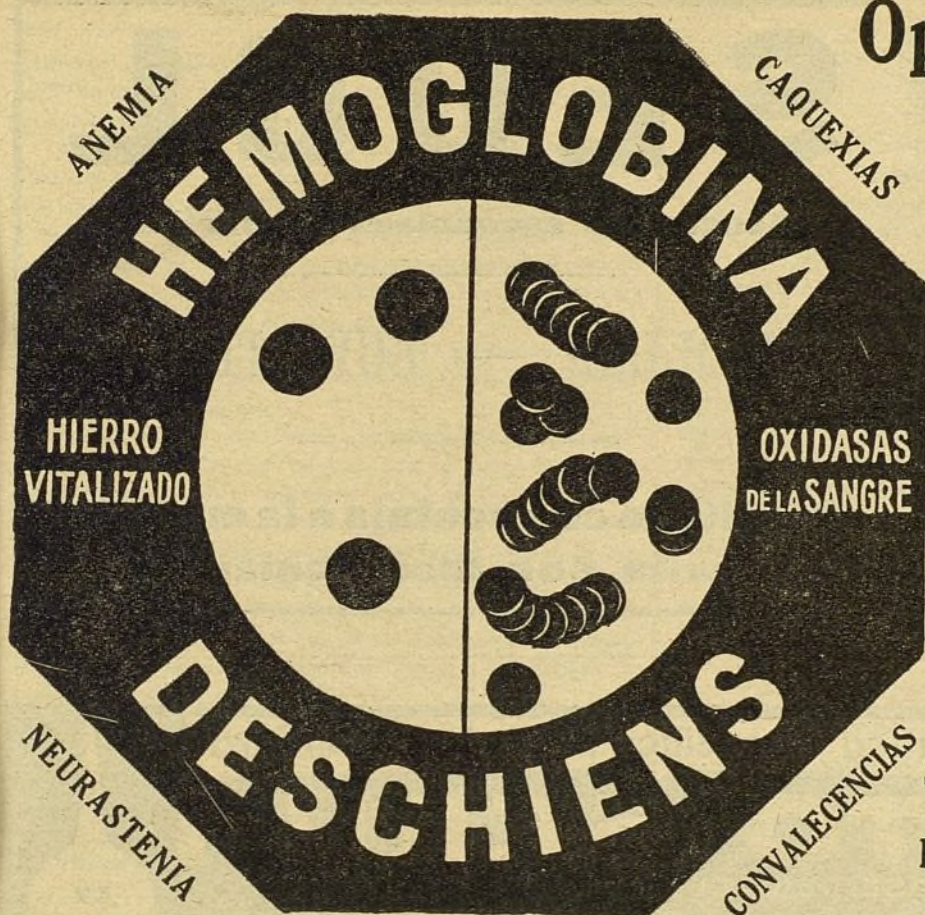
Entre los casos graves de infección por pneumococos se cuentan varios a seguida de una intervención quirúrgica sobre globo; seguramente todos los oculistas tienen observaciones en las que a pesar de la técnica aséptica lo más perfecta posible y a pesar de todas las precauciones para desinfección de la conjuntiva el pneumococo ha dado lugar a un proceso infectivo, comprometiendo de una manera definitiva el resultado funcional.

No cree preciso indicar la necesidad de explorar vías lagrimales antes de toda intervención ocular, ya que es bien sabido que las dificultades de excreción favorecen la presencia y la multiplicación del germen que nos ocupa en el saco conjuntival. El examen microscópico y los cultivos de la secreción conjuntival desde luego son inútiles, pero no es posible tampoco concederles una importancia exagerada puesto que encontramos mucosas en las que el pneumococo subsiste a pesar de todos los tratamientos y, en cambio, en estos ojos puede el resultado operatorio ser excelente. Lo que importa es que durante la operación la conjuntiva esté desembarazada de los gérmenes de superficie, que la oclusión de la herida por el colgajo conjuntival sea lo más rápida y completa posible, y que se evite toda maniobra que pueda favorecer la entrada de gérmenes o la contusión de tejidos. El empleo del suero antipneumocócico como preventivo se ha mostrado ineficaz.

Después del pneumococo sigue en la estadística del doctor Morax el estafilococo (13 casos), el estreptococo (un caso), el bacilo piocánico (un caso) y, en fin, por el agente desconocido de la oftalmía simpática, a la que considera de origen infeccioso.

En los 45 globos oculares enucleados por oftalmía simpática ha podido observar las lesiones anatomopatológicas típicas de esta afección descrita primeramente por Fuchs. En nueve casos en los que la oftalmía simpática no había aparecido, encontró también en el ojo herido enucleado las mismas características lesiones de uveitis, lo que le obliga a pensar que en estos casos la enucleación precoz ha sido capaz de prevenir la propagación por vía endógena de la infección al segundo ojo sano. Casi siempre son las heridas oculares mal cerradas las que se complican de prolapsos de iris o ciliar, las que dan lugar a los accidentes simpáticos. La mejor profilaxis consistirá en la toilette inmediata y cuidadosa en toda herida ocular, en la resección o la cauterización del prolapsos y, naturalmente, en la asepsia operatoria perfecta.

Las otras infecciones por el Dr. Morax observadas pertenecen al segundo grupo: infecciones por aerobios, por bacilos procedentes de la tierra (cuatro casos), por bacilos del



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Mínimas de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos

y de las

Decadencias Orgánicas

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

NEUTRALON

Cajas con
21 papellitos y en
vase de bolsillo.

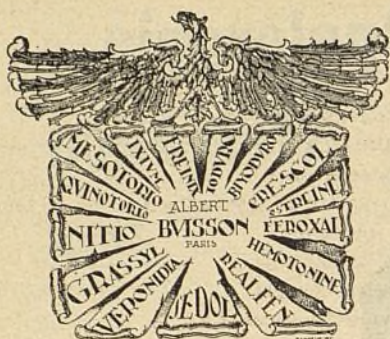
Silicato de aluminio sódico sintético
Para el tratamiento racional de la hipersecreción,
hiperacidez y las úlceras del estómago y duodeno.
Completamente libre de efectos secundarios.

El Neutralon al llegar en el estómago reduce
rápidamente la acidez total del contenido
y, prosiguiendo su acción, convierte lenta-
mente la acidez libre en acidez combinada,
corrigiendo y modificando así la forma de
la acidez gástrica. No da lugar a una
hiperacidez reaccional, ni ejerce efectos
irritantes. El Neutralon tapiza las úlceras
y las protege contra irritaciones mecánicas
y químicas. En los casos de irritabilidad
vagotónica aumentada está indicado el

NEUTRALON CON BELLADONA

Muestras y literatura a solicitar de

PRODUCTOS QUIMICOS SCHERING S.A.
APARTADO 479 — MADRID **APARTADO 1030 — BARCELONA**



SEDOL

Asociación escopolamina-morfina.

AMPOLLAS — SUPOSITARIOS

Literatura, muestras
e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075.—Tel. 35.407

MADRID

Sustituye con ventaja a la morfina
y evita sus inconvenientes.

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

Terapeutica Cacodilica Intensiva é Indolora

CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS
Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

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

Solicítense Muestras Gratis

Agente G^{al} para España: **FERNAND BEJAR**, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO — 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

grupo del subtilis (siete casos), infección por el *bacterium coli* (un caso); o bien por anaerobios, habiendo encontrado el bacilo *perfringens* en seis casos.

Aquí la partícula de tierra o hierro, o incluso el mismo instrumento de cirugía, han transportado al ojo el microorganismo procedente del humo, del agua, de las materias fecales. La profilaxis se limita en este caso al empleo de gafas protectoras. En cuanto a la terapéutica aún no es posible aplicar la específica, debiendo proceder a la enucleación en todas estas infecciones oculares graves.

Entre grandes aplausos al ilustre conferenciante, el Dr. Recasens ofreció al Dr. Morax el título y nombramiento de académico corresposal.

Por la noche, y organizado por la Sociedad Oftalmológica, se celebró en Tournié un banquete en honor del distinguido huésped. En el simpático acto—que le fué ofrecido por el Dr. Márquez, que le entregó el título de académico a que arriba nos referimos—al que entre otros asistieron los Dres. Márquez, Castresana, Mansilla, Basterra, Arjona, Poyales, Leoz, Marín, Soriano (doña Elisa), Tena, Costi, Lacarrere, Rivas, y alguno más que de momento no recordamos, el Dr. Morax agradeció la carifosa acogida que España le ha hecho en esta visita.—Dr. M. R

**

ACADEMIA MEDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 13 de Abril de 1931.

EL VALOR DE LA COLESTERINA EN LAS ENFERMEDADES DEL TIROIDES

Dres. E. Bonilla de la Vega y A. Moya Gastón: Existe divergencia sobre el comportamiento de la colesterinemia en las enfermedades del tiroides.

Es Luden quien habla primero de la relación tiroides y colesterina sanguínea; decía: en un mixedematoso la administración de tiroidina provoca descenso de la colesterinemia. Jedlicke afirma en el hipertiroidismo una hipercolesterinemia. Epstein y Lande insisten en la relación colesterinemia y metabolismo basal en sentido inverso, sosteniendo, por ejemplo, que las nefrosis son por trastornos hipotiroides, de donde la indicación de la terapéutica tiroidea.

Experimentalmente varios autores han visto que la tiroidectomía determina en el animal aumento de los lípidos sanguíneos, acentuado por la paratiroidectomía o la castración.

Fundado en estos datos, Blinoff comprueba en los animales hipertiroides un descenso de la colesterinemia.

Clinicamente, Gardner y Gainsbarach, y experimentalmente Guy Laroche, no admiten la relación, presentada experimentalmente, entre hipertiroidismo, colesterinemia y metabolismo basal; pero explicándolo como error de técnica, y reconocen en el hipotiroidismo una hiperlipidemia.

La colesterinemia sanguínea tiene valor pronóstico, para Guy Laroche, en el hipertiroidismo; cifras altas en el mixedema y normales en el bocio simple.

En hipertiroides con trastornos renales (recordando los de nefrosis lipofídica) Jiménez Díaz ve ligeros aumentos de la colesterinemia.

También existen varios autores que no creen en la influencia del tiroides sobre el metabolismo lipofídico.

Utilizando la técnica de Bloor, con plasma, considerando como cifras normales las comprendidas entre 1,60 y 2 gramos por 1.000, y siguiendo la norma trazada por Guy Laroche, hemos estudiado la colesterinemia, peso, metabolismo basal, tensión arterial y número de pulsaciones, hallando los siguientes resultados:

En 11 hipertiroides:

Cinco con colesterinemia normal.

Dos ídem íd. ligeramente aumentada.

Cuatro ídem íd. muy baja.

Dos ídem íd. ligeramente baja.

Datos sin relación con las de metabolismo basal ni tampoco con el estado de nutrición.

En el bocio simple, cuatro casos:

Dos con colesterinemia normal.

Dos ídem íd. ligeramente aumentada.

De los cinco con mixedema, tres con colesterinemia normal, muy baja en uno y muy alta en otro.

De lo expuesto se puede afirmar que colesterina sanguínea no es influenciada por la función tiroidea; tampoco hay relación en el hipertiroidismo entre colesterinemia y metabolismo basal o el estado de nutrición, e igualmente las modificaciones de la colesterinemia carecen de valor pronóstico en el hipertiroidismo. Aportación en contrario a la patología genuinamente hipertiroides de la nefrosis lipofidea.—M. Aceña.

**

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 8 de Abril de 1931.

Conferencia del Dr. Jiménez Díaz.

Presidida por el Dr. Soler, que, siguiendo la protocolaria costumbre, pronuncia unas cuantas frases en loor del orador.

Con el epígrafe «Clínica de la insuficiencia ovárica» el Dr. Jiménez Díaz explica con toda la posible claridad, en magistral conferencia, los trastornos y fenómenos que atañen al climaterio, y los que ya de una manera circunscrita se refieren a la alteración hormonal, que, desde luego, *a priori* reconoce, ofrecen grandes dificultades en su precisa limitación.

Y como la excepcional importancia del asunto tratado, por una parte, y la precipitada exposición de argumentos por otra, muy bien pudieran, a despecho de nuestra voluntad, dar lugar a equívocos que a todo trance queremos rehuir... a esta breve noticia queda por hoy reducida nuestra información, que ya procuraremos ampliar en ocasión oportuna.—S.

**

COLEGIO DE MEDICOS

CURSO DE FIMATOLOGÍA DEL DR. VALDÉS LAMBEA

Conferencia del Dr. Gómez Márquez.

El prestigio del Dr. Gómez Márquez, notabilísimo oftalmólogo de Barcelona, atrajo con el anuncio de su conferencia del cursillo de Tisiología una singularmente numerosa concurrencia al salón del Colegio Médico.

El tema elegido por el Dr. Gómez Márquez para su personal aportación a la labor de este importante cursillo era el de «El síndrome ocular en la alergia tuberculosa».

Tras algunas breves palabras de afectuoso saludo para el Dr. Valdés Lambea, organizador de estas conferencias, y para cuantos le han precedido en la tribuna, comenzó haciendo un estudio de conjunto de los procesos tuberculosos puramente oculares, señalando detalladamente las características anatomopatológicas de cada uno de ellos. Habló extensamente del folículo tuberculoso, formación de color amarillento, visible a simple vista, aumentado de volumen por la refracción a través de los medios transparentes del ojo.

Más adelante efectuó un estudio de conjunto de las coroiditis. Planteó las relaciones de este proceso, y en general de todas las tuberculosis del órgano de la visión, con los

procesos meníngeos de esta etiología y muy particularmente con la meningitis basilar.

Hizo la afirmación, casi con caracteres de ley general de la patología tuberculosa, del manifiesto y comprobado antagonismo de las grandes tuberculosis evolutivas, con las formas localizadas de esta infección, hecho que desde su punto de vista de oftalmólogo ha podido observar en la casuística personal.

Sintetizó convenientemente los más recientes trabajos sobre la hipertensión de la retina, dando lectura a los datos más característicos que ha podido observar en sus enfermos y relacionando todo ello con la infección tuberculosa. Una hipertensión retiniana ligera es muchas veces síntoma en relación estrecha con una tuberculosis generalizada.

Igualmente un exoftalmos no muy pronunciado, una disminución palpebral, un desarrollo longitudinal excesivo de las pestañas, etc., pueden ser manifestación local de un proceso distrófico general del sistema neuroendocrino de etiología tuberculosa.

En último término dedicó una parte bastante extensa de su primorosa disertación al estudio de la alergia general tuberculosa, en relación con los síndromes oculares mencionados, deduciendo de ello provechosas enseñanzas de índole práctica.

El Dr. Gómez Márquez, que fué interesadamente escuchado durante toda su extensa y brillante disertación, al final fué amplia y carifiosamente aplaudido.—*Dr. M.*

**

COLEGIO ALEMÁN

CENTRO DE INTERCAMBIO GERMANO ESPAÑOL

Conferencia del Dr. J. María Villaverde.

Nuestro buen amigo el ilustre neurólogo Dr. D. José María Villaverde, pronunció una interesante conferencia sobre «Consideraciones sobre el talento musical». Lo sugestivo del tema atrajo un extensísimo auditorio al local de la calle de Zurbarán, en el que se destacaban bellos representantes femeninos y destacadas personalidades del mundo intelectual.

Tras unas palabras breves de presentación y saludo, rápidamente inició el Dr. Villaverde el tema de su conferencia.

Inició su disertación señalando la serie de factores psicológicos que integran el talento musical. Se trata de la concomitancia dentro de un ritmo determinado, de una serie de cualidades diversas que producen un estado especial que hemos denominado talento musical.

La valoración de este complejo en sus distintos factores ha sido y es motivo de singulares controversias. Todavía no han podido los psicólogos desentrañar cuál de todas éstas es la verdaderamente fundamental. Es de suponer, según parece, que el talento musical no es producto exclusivo de la hipertrofia de una determinada cualidad del espíritu, sino que se deduce, como ya antes indicaba, de la integración, según una determinada armonía, de varias cualidades psíquicas.

Continuó afirmando que el sentimiento del ritmo es innato en el hombre y que, al propio tiempo que el talento musical, sirve de base para el fundamental sentido de la danza, manifiesto en todos los estratos de la civilización.

Este sentido innato del ritmo se comprueba en todos los individuos. En su abundante casuística no ha podido señalar su falta más que en una muchacha joven afecta de una afección nerviosa.

Por el contrario, un proceso patológico determinado puede dar lugar a la desaparición de este innato sentido del ritmo. Se trata de lesiones del hemisferio izquierdo.

De este modo, y en hemiplejías de la localización mencionada, ha podido el disertante comprobar en algunos casos el mencionado hecho. Uno de los citados enfermos era un pianista; el otro, un antiguo bailarín.

La amusia o falta del sentido del ritmo musical puede ser de dos tipos: motora o sensorial, pudiendo en el primer caso afectar tan sólo una determinada parte de éste, como, por ejemplo, el canto o un determinado instrumento.

Pasa a continuación al estudio topográfico cerebral del sentido de la música. Según debidamente se ha podido comprobar, este sentido está localizado en el hemisferio izquierdo y en su lóbulo temporal, si bien una serie de sentidos accesorios que se relacionan con la ejecución o práctica de la música se extienden por zonas más extensas de la corteza cerebral.

El estudio frenológico de los cerebros de los grandes músicos no ha proporcionado, sin embargo, datos acerca de la particular estructura de la corteza cerebral de éstos. No ha podido comprobarse estructura más complicada ni especial de las circunvoluciones. En un caso de un conocido maestro, cuyo nombre ha escapado al lápiz del cronista, comprobáronse únicamente unas particulares lesiones arterioescleróticas de la corteza cerebral.

Al final de esta interesantísima conferencia, que fué ilustrada con numerosas proyecciones de preparaciones microscópicas de corteza cerebral, fué calurosamente aplaudido.—*Dr. M.*

**

BARCELONA

SOCIEDAD CATALANA DE PEDIATRÍA

Sesión del 26 de Marzo de 1931.

FISURA PALATINA DE DIFÍCIL CORRECCIÓN

Dr. E. Roviralta: Para lograr un resultado práctico después de una corrección de un paladar fisurado, sea una fisura completa abarcando desde el labio a la úvula, sea tan sólo de una mayor o menor extensión del paladar blando, tiene aquélla que ser practicada antes de los dieciséis o dieciocho meses de edad del niño, edad en que éste adquirirá vicios y costumbres en su aparato de fonación que no podrá abandonar, hallándose condenado toda su vida a una fonación defectuosísima, es decir, prácticamente a la misma dicción soplante y discordante como si no se hubiese intervenido. Se puede decir, contra lo expuesto, que también existe mayor dificultad operatoria por lo limitado del campo operatorio y mayor mortalidad operando en los primeros años de la vida, especialmente al gran fantasma de la cirugía del lactante, muerte con hipertermia y palidez; argumentos todos de gran valor, pero que el cirujano puede hasta cierto punto rebatir con técnica y material adecuados y con profilaxis y tratamiento hipovagotónico. Muchos son los cirujanos infantiles que proponen la corrección de la mayoría de las deformidades congénitas en las primeras horas de la vida basándose en la inmunidad congénita del recién nacido para el choc, sin cuya inmunidad no se concibiría tolerase el enorme traumatismo del parto que, de sufrirlo en otro instante de la vida, seguramente no lo soportaría, hecho que se explica perfectamente por la hipovagotonía acentuadísima que a los pocos días de vida se convierte en hipervagotonía que de modo progresivo aumenta hasta los cinco meses, decreciendo luego paulatinamente. A esto debe añadirse la insensibilidad casi absoluta del recién nacido, que permite intervenciones importantes sin anestesia, factor importantísimo en cirugía infantil. Estas dos ventajas son

en parte combatidas por las dificultades técnicas propias del tamaño del campo operatorio.

Seguidamente presenta un caso de fisura palatina completa en un niño de doce años de edad, al que, a la exploración, se observa la media arcada alveolar derecha junto con el lóbulo incisivo con una marcada inclinación de unos 20°; la distancia entre el extremo izquierdo del lóbulo incisivo y el extremo anterior de la arcada izquierda es de 3 centímetros y de 2 centímetros la anchura de la fisura en el paladar; la fisura está ocupada por un cornete gigante provisto de una mucosa muy inflamada y que sangra; el labio está dividido en tres partes por dos fisuras. Se interviene (uranostafillorrafia), y previa anestesia con avertina y éter, se hace una turbinectomía que permite el necesario desplazamiento del tabique, luego incisión lo más alta posible de la mucosa nasal en la cara izquierda del tabique, despegamiento hasta el paladar, incisión y despegamiento de la mucosa externa de la encía hasta más allá de los incisivos, sección de la lámina externa de la arcada alveolar; se perfora el lóbulo incisivo y la arcada alveolar del lado izquierdo pasando un hilo inoxidable, estirando el cual y basculando, logra poner en contacto el lóbulo incisivo y la arcada izquierda previamente avivada; incisión de los bordes de la fisura, despegamiento mucoperióstico y sutura con crín, protegida por unos fiadores metálicos (procedimiento de Brophy), tres puntos de sutura en la mucosa de la encía, evitando el basculamiento y manteniendo el lóbulo incisivo en buena posición.

Considera interesante este caso, tanto por el resultado logrado, merced a una arriesgada plastia mucoosteoperiostica, como por el comentario sobre las orientaciones preferidas por la mayoría de los cirujanos infantiles, especialmente en lo que hace referencia a la edad en que deben intervenir las deformidades bucales.

SOCIEDAD DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA

Sesión del 20 de Enero de 1931.

CASO DE MICCIÓN VOLUNTARIA POR MEATO HIPOGÁSTRICO CON EXCLUSIÓN TOTAL DE LAS VÍAS URINARIAS INFERIORES

Dr. M. Garriga Roca: Mujer de veintitrés años de edad, menarquia a los once años, con un tipo 6-7/30, dismenorreica y menorrágica, que a consecuencia de un parto distócico le quedó una enorme fístula vesicouretrovaginal que alcanzaba la totalidad de la pared vaginal anterior, no quedando ni restos de uretra, cuello vesical y parte anterior del trigono. Reconociendo la imposibilidad de una separación plástica inferior, y creyendo que una colpocleisis es siempre fatal para la enferma, ideó una intervención por vía suprapúbica, aislando la vejiga de la vagina, y una vez reconstruída la primera hizo un desagüe suprapúbico con retención mediante el músculo piramidal. La enferma ha quedado con retención voluntaria absoluta, orina con potente chorro, conserva una vagina normal algo corta que permite practicar el coito e incluso la procreación.

Discusión.—Dr. Muñoz: Es una intervención muy ingeniosa y el resultado obtenido muy brillante. Cree que se podría ahorrar un tiempo en esta intervención: el de la liberación.

Dr. San Salvador: Usa la sutura metálica cauchutada. Relata el caso de una mujer intervenida por colpocleisis que soportó cuatro años, pero, al fin, se formó un cálculo enorme, muriendo por talla hipogástrica para la expulsión del cálculo a las cuarenta y ocho horas de ser intervenida. No

debe, pues, emplearse la colpocleisis. También cree que la intervención ganaría no haciendo salir la vejiga.

Dr. Lorca: La idea es muy buena, pero no puede asegurarse que de repetirse la intervención en otras enfermas el éxito acompañará siempre a la misma como en el presente caso.

Dr. V. Conill: Es un caso resuelto con gran ingenio y con mayor fortuna.

Prof. Nubiola: Hace resaltar el interés extraordinario y el ingenio de esta nueva intervención, pero existe un punto que debe tenerse en cuenta, cual es la molestia que representa el orinar por una vía nueva. De todos modos, los ocho meses y medio que lleva la enferma de intervenida es un detalle en favor de la tolerancia del cuerpo. Es posible que se distienda la vejiga con el tiempo y eso debe ser estudiado con especial interés. Observa que la vejiga es ahora mayor que en la proximidad del acto operatorio, habiendo aumentado su capacidad y función fisiológica, lo cual es también un motivo de satisfacción. Le hace muy mal efecto que la enferma tenga que orinar siempre por vía hipogástrica y sugiere la idea de que en otro caso se haga esta intervención sólo como operación temporal. Será interesante saber lo que pasará si esta enferma queda embarazada. Dice que el caso presentado, avalado por un resultado que data de ocho meses y medio, tiene un interés especialísimo, tanto por su valor social como por abrir un nuevo campo al tratamiento, permitiendo reintegrar estas enfermas a la vida normal.

CÁNCER DE VULVA DE ESTRUCTURA HISTOLÓGICA POCO FRECUENTE

Dr. A. Lorca Ruiz: Mujer de cincuenta y un años de edad, antecedentes familiares sin valor, y entre los personales destacan el sarampión en la infancia, menstruación a los dieciocho años, tipo 5/28, regular en su aparición, dolorosa en el premenstrum y en cantidad escasa, un embarazo seguido de aborto en el cuarto mes, sin consecuencias, quedando a partir de esta fecha (veintitrés años) amenorreica, pero sufriendo una temporada las molestias características del molimen menstrual y alguna pérdida leucorreica no muy abundante, micción y defecación normales. La enfermedad actual (tumoración indurada en la vulva que al poco tiempo se ulceró dando lugar a hemorragias repetidas, con picor y escozor vulvares); previa exploración, es diagnosticada de epiteloma vulvar y como tratamiento se extirpa la neoplasia y los tejidos circunvecinos: desdoblamiento del tabique rectovaginal con extirpación de un colgajo de vagina. A la exploración no se apreció ningún ganglio inguinal manifiesto. Recidiva.

De la pieza patológica se hizo un análisis histológico y es el microscopio el que hace ver la importancia y curiosidad del mismo. En efecto, la microfotografía que presenta el disertante muestra sobre unas trabéculas delgadas de tejido conjuntivo que le sirve de sostén una multitud de cavidades que unas aparecen al corte longitudinalmente y otras de través, y que todas tienen de común el que su luz está tapizada de células de tejido cilíndrico dispuesto en una sola capa en algunos sitios, no así tan claro en otros y recordando una estructura y un origen francamente glandular, y en esto radica la curiosidad del caso, por cuanto en el sitio en que se ha desarrollado no existe ninguna formación anatómica que corrientemente dé lugar a esta clase de neoplasias. El disertante ha examinado casi todos los cortes de los casos de epiteloma vulvar observados (22 casos) y nunca ha encontrado nada parecido.

Su etiología es motivo de discusión. Para unos pueden

haberse desarrollado en restos embrionarios del conducto de Gartner, para otros su origen estaría en la glándula de Bartholino y algunos casos ya se han descrito con este origen, pero es de señalar su rareza. Según los datos que el disertante ha logrado recoger no llegan a unos 20 casos y, en general, presentan una estructura alveolar. Podría tratarse de un injerto de porciones de mucosa uterina con cuyas glándulas tienen tan semejante parecido, y a este respecto dice que si se toma como manifestación externa de la actividad del aparato genital femenino el fenómeno de la menstruación hay que observar que en este caso concreto se trata de uno de corta duración, pues ya se ha dicho que esta mujer cuya primera menstruación fué retardada (a los dieciocho años) y por añadidura de poca pérdida, desaparece en una edad temprana (veintitrés años) después de un embarazo que no llega a término y el cual no es motivo patológico alguno para la mujer; así, una mucosa uterina que en la actualidad no presenta trastorno morboso alguno, no es lo corriente pensar que diera lugar a un injerto que aparece con magnitud tan manifiesta. Podría haberse desarrollado esta neoplasia, según la teoría de Cohnheim, sobre restos embrionarios aberrantes de los conductos de Müller en la parte que estos toman en la formación vaginal; claro está que en este caso no se puede hablar de neoplasia vulvar, pero la rareza, aun siendo de vagina, no es menos cierta. Hay que pensar, y ésta es la opinión más aceptada, que tiene su origen en las glándulas sudoríparas. Recuerda que estas glándulas faltan por completo en los labios menores, porción inferior de los labios mayores, cara interna del prepucio y en el glande o en las glándulas mucosas normales de esta región. Sea ello lo que quiera, el hecho es innegable: formación tumoral de desarrollo vulvar, invasora, destructiva, hemorrágica, vivaz, recidivante y cuya estructura es francamente glandular. Se trata, pues, de un caso de adenoma maligno, o quizás mejor, de un carcinoma glandular de la vulva, y, por ende, se llega a la conclusión de que entre las neoplasias malignas de la vulva debe admitirse el cáncer vulvar de origen glandular. Esta afirmación, sin ser nueva, está poco extendida y no se la menciona en las obras clásicas, las publicaciones son muy escasas. Con posterioridad al estudio del caso presentado, el disertante ha leído una obra publicada a primeros del año actual titulada «Les diagnostics anatomocliniques», de P. Lecène, en donde se habla del epiteloma cilíndrico de la vulva haciéndose constar, ante todo, su rareza.

El caso que presenta tiene de particular el predominio glandular hasta el extremo de que sus formaciones glandulares contractan unas con otras, no existiendo casi tejido conjuntivo, y por comprobarse además una disposición anárquica de este excesivo número de glándulas, y en algunos sitios se ve el desorden de los elementos celulares que atraviesan la basal e irrumpen en verdadero pelotón neoplásico. Esta lesión en su aspecto macroscópico no era poliposa, sino que correspondía a una forma corrosiva. En algunos cortes de esta misma pieza patológica se ven formaciones de tipo malpighiano recordando las lesiones de la leucoplasia vulvar.

Discusión. —Dr. M. Garriga Roca: Cree que el diagnóstico debe ser de adenoma maligno.

Profesor Terrades: Es un verdadero adenoma maligno. Todos los casos por él observados han recidivado aun después de un buen tratamiento, y en la recidiva han empeorado.

Dr. V. Conill: Le parece que el origen está en la glándula de Bartholino.

**

SOCIEDAD DE RADIOLOGIA Y ELECTROLOGIA DE CALALUÑA

Sesión del 20 de Marzo de 1931.

DIVERTICULITIS DUODENAL

Dr. P. Bosch Sola: Enferma de cincuenta y un años de edad, cuyo único antecedente importante es una lesión ulcerativa probablemente de localización duodenal. Esta enfermedad empezó hace unos dieciséis o diecisiete años con dolores espontáneos en la región epigástrica, melenas, a consecuencia de las que se presentó un cuadro de anemia aguda; no tuvo vómitos. Estos trastornos desaparecieron con un régimen apropiado, quedando aparentemente curada hasta la aparición de los síntomas actuales, que empezaron hace un año con mareo y vómitos no alimenticios, lengua saburral (que mejoró con un purgante salino), sensación de peso en el estómago y molestias provocadas por la palpación en la región hepática, pero nunca se ha observado ictericia. La hemorragia no se ha repetido. Estos trastornos son periódicos, presentándose cada mes y medio y calmándose con reposo, dieta y el purgante. Durante los intervalos acusa un estado enfático completo. Examen radiológico: aspecto general del abdomen con abundancia de gases en el estómago e intestinos, diafragma izquierdo desplazado hacia arriba; estómago en forma de J, posición vertical, tamaño alargado; cámara del aire, grande y movable; coincidiendo con la pequeña curvatura se observa una imagen diverticular, evacuación normal; el bulbo duodenal está dilatado y retiene la comida de prueba, es poco movilizable, y la palpación de esta región es dolorosa; el duodeno sigue su trayecto casi normal y la extremidad distal está adherida a la parte media de la pequeña curvatura, a nivel del divertículo antes citado, acusando dolor la presión manual en esta región. Examen a las dos horas, estómago casi vacío. Diagnóstico: dos divertículos duodenales localizados, uno pequeño en la primera porción duodenal y otro mayor localizado en la última porción. Este último simula un divertículo de la pequeña curvatura gástrica; pero las radiografías obtenidas en diferentes proyecciones demuestran que la localización es en el trayecto duodenal, sin tener nada que ver con el estómago.

Lo interesante del caso es el hecho de encontrarse simultáneamente dos divertículos duodenales en el mismo paciente, lo cual es rarísimo. También es curioso el que la enferma esté afecta de diverticulitis, a pesar de que estos no retienen la comida, si bien los fenómenos de diverticulitis no son importantes.

**

INSTITUTO MEDICO-FARMACEUTICO

Sesión del 23 de Marzo de 1931.

EVOLUCIÓN DE LA TÉCNICA Y DEL INSTRUMENTAL DE RADIODIAGNÓSTICO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS (SEGUNDA Y ÚLTIMA COMUNICACIÓN)

Dr. J. Grau Cases: En la primera comunicación expuso el estado de la técnica y del instrumental de hace diez años, y los esfuerzos realizados para aumentar el contraste y el detalle de las imágenes Roentgen y algunas de las técnicas de visualización de los órganos transparentes a los rayos X. En la de hoy expone las circunstancias que han permitido aumentar la potencia de los aparatos, la cual ha contribuido mucho a la reducción del tiempo de pose, la simplificación del manejo de los aparatos y, finalmente, los adelantos obtenidos en la protección contra los efectos nocivos de la radiación, que la mayor potencia empleada actualmente ha hecho necesaria. Las principales etapas de

la evolución son: descubrimiento de los rayos X, películas de refuerzo, aparatos de contacto rotatorio, tubo Collidge, tubo Collidge autorrectificador, tubo de foco lineal, válvulas, doble emulsión, antidifusores, tubos autoprotectidos, aparatos autoprotectidos y los aparatos de regulación automática, presentando de estos últimos varias fotografías de instalaciones completas que son una verdadera maravilla. — *F. Wüst Berdaquer.*

Extracto de las Juntas de gobierno celebradas en el Colegio de Médicos de la provincia de Madrid durante el mes de Marzo de 1931.

1.º Acordar la fecha de 18 del corriente, y hora de las siete de la tarde, para la celebración de la Junta general extraordinaria a petición reglamentaria de señores colegiados.

2.º Acordar igualmente la fecha de 13 del actual, a las siete de la tarde, para celebrar la Junta general ordinaria, según lo preceptuado en el nuevo Reglamento, citando a los señores colegiados a domicilio y rogando a la prensa médica su publicación.

3.º Oficiar al alcalde de Collado Mediano y al primer firmante del documento recibido en este Colegio con motivo de la solicitud de vecinos y como contraprotesta a la misma, en el sentido de que este Colegio no puede ver con disgusto el que se instale un nuevo profesional en la localidad si realmente las necesidades médicas así lo exigen y la remuneración que perciba el facultativo se ajusta a normas económicas de equidad. En tal sentido puede el pueblo de Collado Mediano contratar otro médico si se garantiza a éste y al titular existente la cantidad de 6.000 pesetas como mínimo para cada uno con iguala y titular.

4.º Oficiar al Sr. María Espinosa en el sentido de que el nuevo Reglamento vigente impide que los médicos anuncien por sí, y como tal se entiende el anuncio directo y los que una tercera persona haga elogiando sus procedimientos y sin que exista pública protesta de los elogiados. Cualquier anuncio que aparezca y que no lleve el visto bueno del Colegio será pie de inmediato expediente, toda vez que los colegiados quedan advertidos de sus deberes.

5.º Trasladar al Sr. Veas copia del oficio que se dirige al Sr. Espinosa en contestación a la pretendida tolerancia que este señor supone a la Junta de gobierno para con el Sr. Espinosa, y a la vez hacerle también presente que estas normas que acerca del anuncio se indican al Sr. Espinosa son de estricto cumplimiento para los demás señores colegiados y que en su caso se espera lo tenga muy presente.

6.º Nombrar a los Sres. Bravo, Sanz Barrio y Sánchez López miembros de la Junta directiva para que redacten un baremo pedido por la Sociedad Ferroviaria Médico Farmacéutica con objeto de que les sirva de norma en la provisión de sus plazas.

7.º Contestar al Sr. Iruegas que no puede ir como médico a una Sociedad que oficialmente desconoce su existencia este Colegio, y que como médico libre entiende que tampoco puede ir por el hecho de existir demasiados facultativos en la localidad y no apreciarse una razón de necesidad a tal efecto.

8.º Darse por enterados de las insistentes gestiones que lleva a cabo el presidente del Colegio en el Ayuntamiento de Madrid para lograr la reducción del impuesto de inquilinato a los médicos.

9.º Aprobar la ampliación del número de asientos del

piso segundo del Colegio por ser insuficientes los existentes en el salón de sesiones.

10. Aprobar igualmente el modelo de circular que ha de dirigirse a los colegiados para fomento de Protección Médica, que dirige la doctora Aleixandre.

11. A propuesta del vocal Sr. Sanz Barrio, y en relación con el aumento de sueldo que la Junta de gobierno recientemente acordó para todo el personal, se elevan a 50 pesetas por sesión los honorarios del taquígrafo Sr. Jiménez Bella, auxiliar del oficial Sr. Mazariegos, para todas las Juntas generales en que intervenga el primero.

12. Remitir al presidente de la Agrupación Profesional de Médicos de Sociedades el cuestionario que envió al Colegio la Comisión de la Iguala para se sirva dar el informe pertinente a esta Junta de gobierno, informe que con el recibido de la Federación Sanitaria Madrileña y el que la Junta general del Colegio acuerde sirva de base para la información que este Centro haya de dar en contribución a las orientaciones que la Comisión de la Iguala pretenda.

13. Acordar que los informes complementarios que solicite de aquí en adelante la Previsión Médica Nacional acerca del estado físico de los afiliados de Madrid se trasladen a los médicos que hayan tratado a éstos, y en tal sentido pasar al Sr. Partearroyo el informe que los Sres. Navarro Blasco y Valdés habían de evacuar referente al Sr. Zapata Freire, y en caso de no hallarse en tratamiento con ningún colegiado que se les envíe a los especialistas correspondientes según riguroso turno de inscripción en la Previsión Médica Nacional.

14. Sobre el asunto de Collado Mediano se acordó citar al Sr. Roselló para el próximo martes, día 24, para hablar con él sobre su situación en dicho pueblo, pues ésta mientras no se legalice le prohíbe hacer igualas en el mismo.

15. Informar favorablemente la minuta de honorarios de D. Emilio Gutiérrez Avila, pasando la oportuna nota al Juzgado municipal del Distrito de Buenavista.

16. Darse por enterados de las manifestaciones del médico Sr. Roselló, de Collado Mediano, en el sentido de que se ausentará de dicha localidad, pidiendo un plazo prudencial para poder trasladarse, acatando las indicaciones que la Junta de gobierno le haga en este sentido.

17. Oficiar a la Dirección general de Seguridad rogándole la conveniencia de vigilar exactamente la organización sanitaria que el Reglamento de corridas de toros y novillos previene, en vista de las anomalías que existen en las fiestas de este género en las enfermerías de las plazas de toros de los pueblos mal dotados.

18. Socorrer al médico D. Francisco Díaz Cidoncha con 165 pesetas, según petición que hace a este Colegio el médico D. Alberto Salgado, y previo informe complementario a la carta que dicho compañero remite trasladar el caso a la Previsión Médica Nacional, por si pueden ayudar a la resolución especial del mismo.

19. Considerar inscritos como colegiados por reunir sus expedientes las condiciones reglamentarias a los señores siguientes: D. Antonio Pastor Rodríguez, D. Julián Fernández López, D. Rafael Jordá Alonso, D. Alfonso Ferrari y del Corral, D. José María Aguilar Espinosa, D. Manuel de la Loma Fernández Marchante, D. Luis Lorente Fernández, D. José Ramírez Sánchez, D. Eduardo Mantilla y P. de Siles, D. Manuel Villaverde Alvarez, D. Gregorio Calzada Lázaro, D. Ramón Abelló y de Vera, D. José Aguirreche Zulcega, D. Emilio Caffo López y D. Luis Yunta Quintero.

31 de Marzo de 1931.

OTRA FALTA POR OMISIÓN

No hace muchos números nos ocupábamos del caso de un niño herido por un automóvil, al que se negó asistencia en una clínica de Madrid por no ser suscriptor a ella.

Ahora el caso que nos ocupa, y que calificamos con notoria benevolencia en la titular de este suelto, es de mayor gravedad, porque se trata de dos vidas y de una entidad oficial y pública, costeada por todos los contribuyentes, que se niega a prestar asistencia a una embarazada que muere en un taxi, a las puertas de esa entidad (el Hospital provincial de Lugo), a los cuarenta minutos de haberle sido negada la asistencia.

Las Diputaciones podrán reglamentar cuanto estimen por conveniente sus servicios; los dependientes de las Diputaciones podrán ajustarse estrictamente a lo ordenado en esos reglamentos; podrán o crearán justificarse ante la opinión invocando tal o cual artículo de una disposición que, cuando más, se habrá aprobado por un Real decreto; pero la opinión sabe, y si no lo sabe toda la opinión para eso estamos aquí, que existen dos leyes jerárquicamente superiores en valor jurídico y moral que no pueden modificarse por todos los decretos publicados en la más completa colección del Alcubilla.

Esas leyes son: el Código penal y la Ética. Si se quiere descartar la Ética, peor para el que lo intente; pero el Código penal no puede quebrantarse sin responsabilidad, ni derogarse sin reconocer la validez de otro Código posterior votado en Cortes y sancionado por el jefe del Estado.

No está, pues, en lo cierto un colega diario de Madrid, al terminar su justificada protesta con el siguiente párrafo: «No pedimos respuesta a la queja, ni justificación de los causantes, pues sabemos de antemano que cuando un enfermo muere en trance semejante se han cumplido con él todos los requisitos»; pero sí ha puesto el dedo en la llaga cuando califica de inhumana la organización de los servicios benéficos oficiales, que da lugar a casos tan bochornosos como el aludido.

Para que nadie pueda creer excesivamente duros los términos de estos párrafos, debemos añadir que la negativa a que le fuese prestada asistencia a esta desgraciada vecina de Navia de Suarna partió de la Administración del Hospital, basándose en que la enferma no presentaba la orden de ingreso que debe extender la Diputación y en contra de lo ordenado por el médico de guardia que dispuso fuese admitida.

Qué a gusto habrá dormido aquella noche el personal de la Administración, pensando en lo bien que habían cumplido el Reglamento.

Verdaderamente nos alarmamos y protestamos por algo que no tiene remedio en nuestra Patria, que es un vicio nacional: el expedienteo, la compleja tramitación del acto más sencillo, la eterna escama y el miedo a ser engañados.

Es cierto, sí, mucho más fácil obtener una plaza de médico o de oficinista en un establecimiento de esta índole que una cama para una enferma, aunque solo sea para exhalar en ella el último suspiro.

FONTELLAN.

COLEGIO DE HUERFANOS

Donativos recibidos por el señor tesorero:

Sr. D. Francisco Riudavetz, varios vales de certificación.
D. Nazario Torres (de Becerril de Campos), 25 pesetas.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Estatutos por los que, en lo sucesivo, ha de regirse la Liga Española contra el Cáncer.

Art. 1.º *Objeto de la Asociación.*—La Liga Española contra el Cáncer es una Asociación benéfica de interés público, de carácter oficial y amparada por el Ministerio de la Gobernación. Los fines de la Liga son:

1.º Dirigir, organizar y administrar las Instituciones creadas por ella, así como el Instituto Príncipe de Asturias y todas las demás organizaciones que, dependientes del Estado, existan en España, para la lucha anticancerosa.

2.º Crear laboratorios e Institutos de investigaciones para tratar de descubrir y conocer las causas, naturaleza y tratamiento del cáncer y demás tumores malignos.

3.º Fundar centros nosocomiales para el tratamiento de los enfermos de cáncer y demás tumores (dispensarios, hospitales, calvarios y sanatorios).

4.º Propagar entre los médicos y el público los conocimientos y preceptos necesarios para descubrir los primeros síntomas del cáncer y poderlo combatir con éxito.

5.º Organizar Congresos cancerológicos y extender la representación nacional en los que se celebren en el extranjero y, en general, todo cuanto se refiera a la lucha anticancerosa.

Art. 2.º *Duración de la Liga.*—La duración y vida de esta Asociación será indefinida. Subsistirá mientras persista el problema del cáncer y la necesidad de combatir esta ominosa plaga del cuerpo social.

Art. 3.º *Domicilio social.*—El domicilio social de la Liga Española contra el Cáncer se halla establecido en Madrid en el Instituto Nacional del Cáncer, situado en la Moncloa.

Art. 4.º *Personalidad jurídica.*—La Liga Española contra el Cáncer tiene plena personalidad jurídica, como sujeto de derechos y obligaciones, así como para el ejercicio de acciones de todas clases y podrá comprar, adquirir, enajenar, ceder, permutar, poseer y gravar toda clase de bienes y celebrar contratos de toda índole.

Art. 5.º *Presidencia.*—S. M. la Reina (q. D. g.) es la presidenta perpetua, efectiva y suprema de la Liga Española contra el Cáncer. Es de su personal incumbencia dirigir la Asociación, proponer al Gobierno el nombramiento de los cargos de delegado regio y presidente de la Junta de Damas y miembros del Comité Ejecutivo, así como sancionar todos los demás cargos; nombrará todas las señoras que componen la Junta de Damas; presidirá por sí o por delegación todas las Juntas que celebre la Liga y convocará la Asamblea general.

Art. 6.º *Del delegado regio.*—Por el Ministerio de la Gobernación y a propuesta de la augusta presidenta, se nombrará un delegado regio-administrador que ostentará la representación de S. M. la Reina y del Gobierno en todos los actos y asuntos de la Asociación y regentará e inspeccionará la administración de todos los bienes, muebles e inmuebles que ésta posea, dando anualmente cuenta al Ministerio del resultado de su gestión.

Concurrirá por sí o por poder a todos los otorgamientos de contrato y convenio que sean necesarios para el cumplimiento de los fines de la Liga. Convocará y presidirá las reuniones de la Junta de administración y de su Comité Ejecutivo. Será el ordenador de pagos de fondos de la Liga

y autorizará con su firma todos los nombramientos de personal.

Art. 7.º *Del director del Instituto.*—También será nombrado por el Ministerio de la Gobernación, a propuesta de las Juntas técnica y de administración de la Liga, el director del Instituto Nacional del Cáncer, cuyo nombramiento habrá de recaer en un profesor clínico que se haya distinguido notablemente en el estudio y práctica del tratamiento de los procesos cancerosos.

El director tendrá jurisdicción sobre todo el personal técnico auxiliar en los diversos pabellones del Instituto Nacional del Cáncer.

Art. 8.º *Secciones de la Liga.*—Para el mejor funcionamiento de los servicios encomendados a la Liga, ésta se dividirá en dos secciones: una administrativa y otra técnica, que actuarán separadamente, pero en colaboración, relación y dependencia recíproca y podrán reunirse en la Asamblea general cuando la presidenta suprema así lo acuerde.

Art. 9.º *Fines de la Sección administrativa.*—La Sección administrativa de la Liga asume la Dirección de la Asociación y de todos los establecimientos de la misma, y a ella corresponde el nombramiento de todo el personal facultativo, administrativo y subalterno. El director propondrá (en forma de terna) los nombramientos de carácter técnico.

Art. 10. *Organización de la Sección administrativa.*—La Sección administrativa estará formada por un Consejo de Administración y una Junta de Damas.

El Consejo de Administración se compondrá de un Comité Ejecutivo cuyos miembros serán nombrados de Real orden y un número de consejeros no mayor de 30 ni menor de 15.

Art. 11. *El Comité Ejecutivo.*—El Comité Ejecutivo se compondrá:

De un delegado regio que ejercerá las funciones de presidente.

De un vicepresidente, que será la presidenta de la Junta de Damas.

Del director técnico del Instituto Nacional del Cáncer.

Del secretario general.

Del tesorero, y

De tres vocales, que serán la vicepresidenta y la secretaria de la Junta de Damas, y la presidenta de la Sección de Asistencia.

Art. 12. *Los miembros del Consejo de Administración.*—Los miembros del Consejo de Administración serán natos, electivos u honorarios.

Serán consejeros natos: el director general de Sanidad, el presidente de la Diputación provincial, el alcalde de Madrid.

Serán consejeros electivos: Uno por cada sección regional de la Liga Española contra el Cáncer, elegido por la organización respectiva.

Serán consejeros honorarios (cuyo título será conferido por el Comité Ejecutivo): las personas o entidades con personalidad jurídica que se hayan distinguido por su protección y ayuda en beneficio de la lucha contra el cáncer.

En las reuniones del Consejo de la Liga tendrán voz y voto todos los consejeros.

Art. 13. *De las reuniones.*—El Comité Ejecutivo, convocado por el delegado regio, se reunirá, por lo menos, una vez al mes.

La Sección administrativa celebrará Juntas generales para la deliberación y resolución de los problemas más importantes de la Liga y para la elección de cargos, por lo menos, una vez al año, y cuando lo acuerde el Comité Ejecutivo.

Art. 14. *La Junta de Damas.*—La Junta de Damas estará

regida por la presidenta, que será la vicepresidenta de la Liga, una vicepresidenta, una secretaria, una vicesecretaria y cuatro vocales, que serán las celadoras de los pabellones de la Institución.

Art. 15. El número de Damas que compongan la Junta no podrá exceder de 30 y serán nombradas por S. M. la Reina. Su misión es organizar actos de propaganda para el beneficio social y económico de la Liga.

Art. 16. *De la Sección técnica.*—Esta Sección o Comité Científico estará formado por un número ilimitado de vocales, que serán personas de elevada significación científica, designadas por la Sección administrativa.

Su misión es asesorar a la Liga en los problemas médicos de la lucha contra el cáncer, actuar de cuerpo consultivo de la misma y proponer al Consejo de Administración la persona para ocupar el cargo de director técnico del Instituto cuando este puesto quede vacante.

Art. 17. *De los bienes y fondos.*—Constituirán los ingresos de la Liga:

1.º Las subvenciones del Estado y de entidades oficiales y particulares.

2.º La renta de los bienes que pueda poseer.

3.º Los bienes que adquiera o disfrute, procedentes de herencias, legados o donaciones.

4.º El importe de las cantidades que abonen por asistencia médica, análisis y aplicaciones terapéuticas y por cualquier otro concepto los enfermos pudientes hospitalizados en el Instituto.

5.º El importe de análisis y aplicaciones terapéuticas efectuadas con los medios técnicos de que dispone el Instituto en los enfermos no hospitalizados.

Art. 18. *De la contabilidad.*—Antes de finalizar el año se formulará por el Comité Ejecutivo un presupuesto de ingresos y gastos, que deberá ser sometido a la aprobación del Consejo de Administración.

El comisario regio será el ordenador de pagos, no autorizándose ningún gasto ni extracción alguna de la mencionada cuenta que no lleve su firma o la del tesorero y esté relacionada con el presupuesto o haya sido previamente aprobada por la Junta de Administración.

Se llevará al día una contabilidad de disponibilidades, de ingresos y de gastos, y si ha lugar una contabilidad de materiales.

La contabilidad de todos los ingresos y pagos de la Liga correrá a cargo de una oficina, en la que estarán centralizadas todas las cuentas intervenidas por el tesorero, depositándose los fondos en el Banco de España, en una cuenta a nombre de la Liga.

Art. 19. El Comité Ejecutivo rendirá anualmente cuenta detallada del caudal que constituya el haber de la Asociación al Ministerio de la Gobernación, ajustándose a los preceptos de la ley de Contabilidad.

Art. 20. *Reglamento.*—El Comité Ejecutivo redactará el Reglamento por el que han de regirse los diversos pabellones, dependencias e instalaciones de la Liga y lo someterá al examen y aprobación de la Sección administrativa y de las Ligas regionales y provinciales.

Art. 21. *Ligas regionales y provinciales.*—La Liga Española contra el Cáncer, como organismo central, organizará en las regiones y provincias de España otras Ligas regionales y provinciales de análoga estructura a la suya, sobre las cuales tendrá jurisdicción y estará en ellas relacionada por un delegado de cada Liga en la Central. Estas Ligas tendrán la misión de crear Institutos, Centros y Hospitales anticancerosos y promoverán por todos los medios la campaña social contra el cáncer.

Art. 22. La Liga Española contra el Cáncer coordinará y relacionará el funcionamiento benéfico y científico de sus establecimientos hospitalarios (Institutos Museos, Bibliotecas, etc., con la función docente oficial de la Universidad, y especialmente de la Facultad de Medicina, a fin de utilizar para la enseñanza los trabajos, investigaciones y experiencias que en aquellos se realicen, dando cursos para alumnos y médicos, nacionales y extranjeros, organizando conferencias, creando becas y aspirando a fundar la enseñanza oficial de la cancerología en cátedra especial libre.

Madrid, 19 de Febrero de 1931.—El director general, J. A. Palanca. (*Gaceta* del 21 de Febrero.)

Provisión interina de la plaza de director del Balneario que se cita y anuncio del concurso próximo con otra plaza que se menciona.

Habiendo quedado vacante la plaza de médico director del Balneario de Bellús (Valencia), por renuncia del médico D. José Méndez Jiménez que la desempeñaba, el cual pasa a desempeñar la plaza de director del de Tiermas (Zaragoza),

Esta Dirección general ha tenido por conveniente:

1.º Nombrar interinamente para desempeñar la plaza de Bellús (Valencia) al Dr. D. Enrique Sloker de la Rosa, el cual tiene aprobadas las asignaturas de Análisis Químico e Hidrología Médica, pudiendo cobrar los emolumentos legales al frente de su Balneario; y

2.º Anunciar para el próximo concurso que se verifique, entre médicos del Cuerpo, las vacantes de Tiermas (Zaragoza) y Bellús (Valencia), clasificadas ambas en el apartado a) del artículo 34 del vigente Estatuto de Baños y Aguas Mineromedicinales, de 25 de Abril de 1928. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 21 de Marzo de 1931.—El director general, José A. Palanca.—Señor gobernador civil de Valencia.

Autorizando el legal funcionamiento de la Asociación «Junta Central de Subdelegados de Sanidad de España».

REAL ORDEN NÚM. 117

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se conceda la autorización ministerial solicitada para el legal funcionamiento de la Asociación «Junta Central de Subdelegados de Sanidad de España».

De Real orden... Madrid, 21 de Marzo de 1931.—Hoyos.—Señor director general de Seguridad. (*Gaceta* del 22 de Marzo.)

Reforma de los artículos 5.º y 6.º del Reglamento de Subdelegados de Sanidad.

REAL ORDEN NÚM. 110

Ilmo. Sr.: Atendiendo a las razones expuestas por varios subdelegados de Sanidad para que se reformen los artículos 5.º y 6.º de su Reglamento orgánico, aprobado por Real orden de 5 del mes anterior, y a propuesta de la Dirección general de Sanidad,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que los mencionados artículos queden redactados en la forma siguiente:

Artículo quinto. Siempre que en las capitales de provincias se produzca una vacante de subdelegado de Sanidad, se verificará un concurso de traslado de distrito por antigüedad entre los restantes subdelegados de la misma rama que ocupen plaza en propiedad en la localidad de referencia,

proveyéndose la resulta mediante nuevo concurso de traslado, igualmente por antigüedad, entre todos los demás subdelegados de la misma clase. Exceptuándose de este segundo concurso de traslado las vacantes de subdelegados de Sanidad de Madrid y Barcelona, que necesariamente se proveerán en la forma preceptuada en el art. 4.º después de haberse hecho el previo concurso de antigüedad, para cambio de distrito, entre los subdelegados en propiedad que residan en dichas capitales.

Artículo sexto. Las vacantes de subdelegados de Sanidad en los distritos rurales, que no hayan de ser suprimidos al hacerse la reforma de los distritos sanitarios, se cubrirán, igualmente, por concurso de traslación y antigüedad entre los subdelegados de la misma rama, dándose preferencia a las solicitudes de la siguiente forma:

- a) Subdelegados en activo o excedentes en la misma provincia.
- b) Subdelegados en activo o excedentes en otras provincias.

Las plazas desiertas, después del concurso de traslación o sus resultas, serán anunciadas a oposición. Las Inspecciones provinciales de Sanidad comunicarán a la Inspección general de Sanidad correspondiente los turnos a que corresponda cada vacante.

Es asimismo la voluntad de S. M. que se autorice a la Dirección general de Sanidad para publicar en folleto aparte el Reglamento orgánico de Subdelegados de Sanidad con las modificaciones hechas.

De Real orden lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos procedentes. Dios guarde a V. I. muchos años. Madrid, 17 de Marzo de 1931.—Hoyos.—Señor director general de Sanidad.

Anuncio de una plaza de médico auxiliar residente para el Manicomio de Santa Isabel.

Se saca a público concurso, con arreglo a la Real orden de este Ministerio de 18 del corriente mes, una plaza de médico auxiliar residente, con destino en el Manicomio de Santa Isabel, de Leganés, dotada con el sueldo anual de 2.500 pesetas.

Los aspirantes presentarán sus solicitudes documentadas en el Ministerio de la Gobernación, Sección 6.ª de Beneficencia general, en el plazo de treinta días naturales, acompañadas de los documentos siguientes: título de licenciado o doctor en Medicina, o copia notarial del mismo; certificación de nacimiento, legalizada, en su caso; certificación del Registro de Penados y Rebeldes y relación de méritos y servicios.

El Tribunal calificador estará compuesto del presidente y cuatro vocales designados entre los médicos del Cuerpo Facultativo de la Beneficencia general que, a la vista de los expedientes, decidirá si la plaza puede ser adjudicada al que reúna más méritos.

Examinados los expedientes, el Tribunal determinará si precisa hacerse algún ejercicio de prueba clínica o de laboratorio y acordará la forma en que ha de efectuarse.

El Tribunal elevará a la Superioridad, en el plazo de tres días de terminado el examen del Concurso, la propuesta de nombramiento a favor del que estime con más calificación para desempeñar la plaza.

Madrid, 18 de Marzo de 1931.—El director general de Administración, A. Serrano Jover. (*Gaceta* del 19 Marzo.)



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 80 > con 4 >	190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	100,00
> Eureka con almohadones.....	195,00
> con lunas.....	29,00
> auxiliar con dos entrepaños.....	31,00
> con porta-irrigador.....	7,00
Porta-irrigador de pie completo.....	55,00
> de pared.....	25,00
Cubo a pedal.....	27,50
Taburete giratorio.....	85,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario o comprar nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO

GONOCOLL

Cápsulas balsámicas de
tolerancia perfecta contra la
BLÉNORRAGIA
PROSTATITIS

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

Gripe.

Anemia.

Paludismo.

Tratamiento preventivo
y curativo por la asociación
Metilarsino-quinínica.

COMPRIMIDOS DE
PALUDARSYNE

Muestras: Omnium Farmacéutico español. Apartado 4.042. Madrid.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

Granulos de CATILLON

0,001 Extracto Normal de

STROPHANTUS

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

ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES

Granulos de CATILLON

0.0004

STROPHANTINE

CRISTAL.

TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

TUBERCULOSIS
AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escrófula, Raquitismo

SOLUCIÓN
PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA

Seca las Secreciones y Cicatriza las Lesiones tuberculosas.

EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE

Reanima las funciones de Nutrición y el estado general.

L. PAUTAUBERGE
 10, Rue de Constantinople, PARIS, y Farmacias.

Depositarlos para España:
 Jiménez-Salinas y C.^a, Barcelona Sagúes, 2 y 4, (S. G.)

Alimento fisiológico completo

Vino de Vial.

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado y asimilable, reúne todos los principios activos del fosfato de cal, de la quina y de la carne.

Es el reconstituyente más enérgico en los casos de desnutrición y de disminución de los fosfatos cálcicos.

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

D. ANTONIO SERRA
 Apartado 26, Reus (Tarragona).

ESTOMAGO

Sal de Hunt

Laboratoires Alph. BRUNOT
 PARIS

Muestras y Literatura
Juan Martin, Alcala 9 MADRID

Hemorroides.

Supresión del prurito.

Hemorragias cohibidas.

Defecación indolora.

Reducción de los nódulos.

Recto-Serol
 (Mer-Haemorrhoiden-Serum)
MERZ & CO
 CHEM-FABRIK-FRANKFURT

Recto-Serol D.R.P.

Fabricante: **MERZ & CO.**
 Frankfurt.

Muestras y literatura por **Walter Rosenstein.**
 — Apartado 712 —
BARCELONA

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DECRETOS

Como presidente del Gobierno provisional de la República, y de acuerdo con el mismo,

Vengo en disponer que cese en el cargo de director general de Sanidad D. José Alberto Palanca y Martínez-Fortún.

Dado en Madrid, a 14 de Abril de 1931.—El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*.

Como presidente del Gobierno provisional de la República, y de acuerdo con el mismo,

Vengo en nombrar director general de Sanidad a don Marcelino Pascua Martínez.

Dado en Madrid, a 16 de Abril de 1931.—El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*.

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 707,7; ídem mínima, 702,2; temperatura máxima, 21°,6; ídem mínima, 8°,3; vientos dominantes, NE. y OSO.

Continúan experimentándose escasas variaciones en el estado de la salud pública. Los reumatismos articulares y musculares se alivian en intensidad, aunque no disminuyen mucho en número. La mortalidad sigue decreciendo y en los niños solamente se advierte algún aumento en el número de las parotiditis con carácter contagioso.

CRONICAS

V Congreso Nacional de Pediatría.—Por acuerdo tomado en el IV Congreso Nacional de Pediatría de Valencia, el próximo se celebrará en Granada durante los días 19 al 23 (ambos inclusive) del próximo mes de Octubre.

La Comisión organizadora de esta Asamblea ha publicado un avance del programa de los actos y ponencias que la integran, y que por su extensión y escasez de espacio no reproducimos, remitiendo a nuestros lectores para solicitar este folletito o para consultar dudas a la Secretaría general del Congreso, Gran Vía, 63, Granada.

El Congreso se dividirá en tres secciones: 1.ª Higiene y Puericultura. 2.ª, Medicina infantil, y 3.ª, Cirugía infantil.

Además de las sesiones científicas, los congresistas visitarán la Alhambra y el Generalife, las Escuelas Manjón y el Sacro Monte, asistirán a recepciones, banquetes y conciertos y serán invitados a una excursión a Almuñécar, en cuya playa se les servirá una comida.

Por Real orden publicada en la *Gaceta* del 13 de Marzo último se reconoce carácter oficial a este Congreso.

Con objeto de que su organización resulte lo más perfecta posible, se ruega el más próximo envío de adhesiones y ponencias a la Secretaría general antes indicada.

Rasgo de un filántropo.—Una Comisión presidida por el presidente de la Diputación de Bilbao visitó a D. Luis Briñas, distinguido filántropo local, dándole cuenta del conflicto creado por la falta de numerario para hacer frente al pago de las obras realizadas en la Enfermería Victoria Eugenia y a la posibilidad de que por esta razón se suspendieran los trabajos.

El Sr. Briñas contestó que uno de los dos millones de pesetas que estaban puestos a disposición del Patronato para que con sus intereses contribuyera al sostenimiento de la institución, podía utilizarse para el pago de las obras y continuación de las mismas, y dijo a los comisionados que suponía que iban a pedirle más dinero.

El nuevo rasgo del Sr. Briñas es objeto de favorables comentarios, porque ya con éste son tres millones los que va a destinar a obras benéficas en el transcurso de dos años.

Viaje a Noruega.—*Bruxelles-Medical* ha organizado para el próximo mes de Julio un gran crucero a Noruega, en el que se visitarán las Islas Lofoden, el Cabo Norte, Spitzberg, la Banquise, Jan Mayen, las Feroë y las costas de Escocia.

El viaje se hará a bordo del paquebot de lujo *Foucauld* de 15.000 toneladas.

Los puntos de partida serán Dunquerque, el 11 de Julio, y de Zeebrugge el 12, y la fecha de regreso a los mismos puntos el 6 de Agosto.

Precio para los médicos, sus señoras e hijos solteros: primera clase, desde 4.500 francos; segunda íd. íd. ídem, 1.975 francos.

Para más detalles, dirigirse a la Sección de Viajes de *Bruxelles Medical*, 29, Boulevard Adolphe Max, Bruxelles.

El profesor Finke, doctor «honoris causa».—En la Sala de Juntas del rectorado de la Universidad de Salamanca tuvo lugar el día 11 el solemne acto de la investidura de profesor «honoris causa» de la Universidad Salmantina al eminente catedrático de la de Friburgo don Enrique Finke.

A la ceremonia asistieron el vicerrector, los decanos de las Facultades y gran número de catedráticos y alumnos, acudiendo desde Madrid el embajador de Alemania y el presidente de la Sociedad Germanoespañola.

Excursión médico-científica.—La Revista *Laboratorio*, de Barcelona, siguiendo una tradición, iniciada en 1917, de organizar viajes médico-científicos a diversos países extranjeros, prepara una nueva e interesante Misión colectiva de médicos, con fines de ciencia y de turismo, a Polonia, Rusia y Finlandia, de una duración de veintidós días (del 3 al 25 de Agosto), con el siguiente itinerario, cuya organización de viaje corre a cargo de la agencia de viajes Thos, Cook & Son, de Barcelona: Barcelona, París, Berlin, Varsovia, Moscú, Leningrado, Helsingfors (Finlandia), Reval (Estonia), Riga (Letonia), Koenigsberg, Berlin, París y Barcelona.

Para más detalles de la indicada excursión colectiva médica, dirigirse a la secretaria de la Revista médica *Laboratorio*, Pelayo, 24, Barcelona.

Hospital de Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona. El Dr. Noguer-Moré, jefe de la clínica de Dermatología y Sifiliografía de aquel Centro, ha organizado, en colaboración con los Dres. Pallés y Sarró, un curso práctico sobre materias de la especialidad en su aplicación inmediata a la Medicina general.

Las nueve sesiones o conferencias que se desarrollarán, lo serán todos los jueves, desde el 16 de Abril al 6 de Junio, ambos inclusive, a las diez y cuarto de la mañana, en el Dispensario de Dermatología.

Las lecciones versarán sucesivamente sobre los siguientes temas: Dermatoterapia local; Dermatoterapia general; Los tratamientos internos de las Dermatoses; Diagnósticos indispensables en la práctica médica; Precáncer; Cáncer cutáneo; Los procesos ulcerosos de las piernas; Patología general y Terapéutica de la sífilis en el 1931, y Heredosisfilis.

Las conferencias de índole puramente práctica serán públicas y podrán asistir a las mismas todos los médicos y estudiantes de Medicina.

Anejo al curso se desarrollarán una serie de prácticas de Clínica y Laboratorio. Para tomar parte en las mismas se abonarán 25 pesetas por derecho de inscripción. Dirigirse a la Depositaria del Hospital, de diez a doce de la mañana.

A los matriculados y concurrentes asiduos a las prácticas de Clínica y Laboratorio se les extenderá un certificado al finalizar el curso.

Al final de cada conferencia será entregada una nota resumen a los asistentes.

III Congreso Internacional de Radiología.—Durante los días del 26 al 31 de Julio próximo se celebrará en París el III Congreso Internacional de Radiología, con sujeción a la relación de temas sometidos al orden del día que a continuación reproducimos:

- 1.º Exploración radiológica de la mucosa del tubo digestivo.
- 2.º Exploración radiológica del aparato urinario por excreción de substancias opacas.
- 3.º Tratamiento pre y postoperatorio del cáncer del pecho por las radiaciones (a excepción de las recidivas y de las metástasis.)
- 4.º Radioterapia de las afecciones inflamatorias.
- 5.º Electroterapia diatérmica de las afecciones inflamatorias.

Sobre cada uno de estos asuntos se desarrollará una conferencia, en sesión plenaria de treinta minutos de duración.

Cotización: Miembros titulares, 300 francos; idem adjuntos, 50 id. (personas de la familia).

La Comisión organizadora del Congreso ha logrado para los congresistas una rebaja de un 50 por 100 en los trayectos franceses de ferrocarril, grandes ventajas en diversos hoteles de París y otras ciudades francesas.

Para más datos, dirigirse a la Secretaría del III Congreso Internacional de Radiología, 122, Rue La Boétie, París, 8.º

Viaje de estudios para médicos.—El Ente Nazionale Industrie Turistiche ha organizado para los días comprendidos entre el 18 de Septiembre y el 2 de Octubre (ambos inclusivos), el VIII Viaje «Nord Sud» de estudios para médicos a los balnearios principales, estaciones climatológicas y playas de Italia.

Reunión en Roma el 18 de Septiembre y desde allí se irá a Acque, Albule, Gingge, Agnano, Nápoles, Casa Micciola, Ischia, Capri, Sorrento, Amalfi, Ravello, Taormina, Acireale, Palermo y Mondello.

El precio del viaje desde Roma es de 1.600 liras.

Para más detalles dirigirse al Ente Nazionale Industrie Turistiche, Via Marghira, 6, Roma.

Noticias.—Los Dres. D. José María Alvira y D. Angel Marín Corralé han sido elegidos académicos por la Real de Medicina de Zaragoza.

—El Dr. Del Río Ortega ha sido agasajado en Valladolid con un banquete para festejar sus últimos brillantes triunfos en Alemania.

—El corresponsal del *Morning Post* en Calcuta dice que la ciudad se ve amenazada de una epidemia de malaria por una verdadera nube de mosquitos que avanza por el río Hoogly hacia Calcuta, donde se han registrado ya varios casos, particularmente en los arrabales. El servicio médico se muestra muy inquieto, ya que los mosquitos son los más activos propagadores de esta fiebre palúdica, que durante el año último causó gran número de víctimas en los alrededores de Calcuta.

—Invitado por la Dirección del Servicio Oficial Antivenéreo de Salamanca, el Dr. Barrio de Medina, especialista de Madrid, dió en aquella Facultad una conferencia acerca de «Las prostata-vesiculitis gonocólicas», muy celebrada por los catedráticos, médicos y alumnos que asistieron a escucharle, siendo, a renglón seguido, obsequiado con un banquete.

Que sea enhorabuena.

—Los Dres. Soler, Luque y Haro visitaron al monarca para suplicarle aceptara la presidencia honoraria del Congreso Hispano-Portugués de Tocología y Ginecología, cuya sesión inaugural se celebrará el próximo día 20, aceptando el Soberano muy complacido.

Congreso de Urología.—Las Asociaciones española y portuguesa de Urología celebrarán conjuntamente su tercer Congreso en la ciudad de Coimbra en los días 30 de Junio al 4 de Julio del año actual.

Los urólogos que deseen asistir a este Congreso y tener una más amplia información deben dirigirse al secretario, Dr. Pascual, Génova, 2.

Esta reunión científica, a semejanza de las anteriores,

tiene una gran importancia por la cantidad y calidad de temas que en ella se discuten.

—Ankara, 19. Se ha declarado la peste en el Mediodía de Rusia.

Por orden del Gobierno turco, se ha cerrado provisionalmente la frontera entre la U. R. S. S. y Turquía.

—Con motivo de celebrar sus bodas de plata con la profesión, se ha hecho entrega de un pergamino al médico de la Beneficencia provincial de Bilbao D. Julio Laguna que recientemente fué obsequiado con un banquete.

Vacantes.—Se anuncian, por concurso de antigüedad, hasta el 28 de Abril las siguientes:

- Setules (Guadalupe). 2.200 pesetas.
- Casera (Tarragona). 1.650 pesetas.
- Carboneras de Guadalupe y sus anejos (Cuenca). 2.750 pesetas.
- Zarza de Granadilla (Cáceres). 1.650 pesetas.
- Puebla de Arenoso y sus anejos (Castellón). 2.750 pesetas.

- Ares del Maestre (Castellón). 2.200 pesetas.
- Amayuelos de Arriba (Palencia). 1.375 pesetas.
- Caminreal (Teruel). 1.650 pesetas.
- Vandellós (Tarragona). 1.650 pesetas.

Se anuncian, por concurso de antigüedad, hasta el 14 de Mayo las siguientes:

- Aguaviva (Teruel). 2.200 pesetas.
- Belvis de Monroy (Cáceres). 3.000 pesetas.
- Vidafraña del Bierzo (León). 2.750 pesetas.
- Alp (Gerona). 1.375 pesetas.
- Cabra del Campo (Tarragona). 1.375 pesetas.
- Santibáñez de Esgueva (Burgos). 1.650 pesetas.
- Avilés (Oviedo). 3.000 pesetas. (Tocólogo.)
- Valdearenas (Guadalajara). 1.375 pesetas.

Colegio Médico de Barcelona.—En el Colegio Médico de Barcelona tuvo lugar la elección de Junta directiva a que aspiraban dos distintas candidaturas, en todo momento impulsadas por el mayor ardimiento; resultando triunfante por más de 500 votos la integrada por los doctores Tarruellas, Torras, Carreras, Broza, Trueba y De Riva.

Excipiente inerte.—La vida no es más que una serie de pequeñas decepciones precedidas de pequeñas esperanzas... Eso para los accionistas. Para los banqueros es otra cosa.

España es el único país del mundo en que el sabio es conocido bajo su palabra. En cuanto la Prensa le adjudica ese título, las Academias se estremecen.

Manuel Bueno.

Vigantol.—Con el presente número enviamos un interesante prospecto recomendando su lectura y solicitud de muestras a Productos Químicos Farmacéuticos, Apartado 274, Barcelona.

Barachol.—Con el número presente acompañamos prospecto interesante del preparado perfecto *Barachol*, recomendando su lectura.

Ventraemon.—Con el número presente acompañamos prospecto y tarjeta del producto mencionado, recomendando su lectura y pedido de muestras a E. F. E. Y. N. Apartado 9.009, Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal.

LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84.—Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.436.