

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

La correspondencia administrativa y giros al Administrador...

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

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 FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, Paris



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-glicerínada

1 a 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

Anticalculina EBREY

EXTRACTO PURAMENTE VEGETAL CONCENTRADO

Ayuda considerablemente a eliminar el ácido úrico.

Estimula la diuresis y la actividad hepática.

Mantiene normal el funcionamiento del hígado y el riñón, por su acción descongestiva e impide los síntomas penosos por su efecto analgésico.

Anticalculina Ebrey produce la aseptia renal y ayuda al profesional en las crisis. Cuando se usa simultáneamente con los tratamientos arsenicales y mercuriales, mantiene expeditas las vías urinarias permitiendo hacer un tratamiento más extensivo.

Evita los cólicos hepáticos y la formación de concreciones.

La pureza de sus componentes vegetales y la ausencia de toxicidad hacen a la Anticalculina Ebrey un medicamento ideal para ser administrada a los ancianos, mujeres embarazadas y niños que padecen de enfermedades renales.

INDICACIONES: Reumatismo, gota, litiasis, cálculos renales y hepáticos, uricemia, arterioesclerosis, y en general como coadyuvante en las enfermedades renales, hepáticas y vesicales.

DOSIS: 30 gotas en un vaso de agua azucarada, si se prefiere, o una cucharada en un litro de agua filtrada, al día.

ANTICALCULINA EBREY se vende en todas partes.

EBREY CHEMICAL WORKS, NEW YORK

E. Durán, MADRID. — C. A. Vicente Ferrer, BARCELONA. — Dr. Cuesta, VALENCIA, y en todas las farmacias.

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.

Mucílago Puro

“REFI”

(Regulariza El Funcionamiento Intestinal).

«REFI», mucílago puro, invulnerable a los jugos digestivos a su paso por el estómago, una vez en el tramo intestinal, retiene más de cincuenta veces su peso de agua. En virtud de esta hidrofilia de «REFI», mucílago puro, a su contacto e interposición se hidratan, ablandan, esponjan, suavizan y aumentan de volumen las heces, lo que origina un peristaltismo normal, fisiológico, que facilita su expulsión.

De aquí, que «REFI», mucílago puro, sea el agente terapéutico racional y eficaz por excelencia, para combatir el

ESTREÑIMIENTO Y SUS SECUELAS NOSOLOGICAS

La acción reguladora del funcionamiento intestinal que ejerce «REFI», mucílago puro, proviene, pues, exclusivamente, de la influencia de sus propiedades físicas sobre el contenido intestinal, y no sobre el continente; por esto,

JAMAS CON SU USO PROLONGADO PUEDE SOBREVENIR EL HABITO

Por ser un mucílago puro, «REFI» goza de propiedades emolientes inigualables, y por ello, no solo no produce cólicos ni irrita nunca la mucosa gástrica, sino que, por el contrario, cuando está irritada o ulcerada, constituye el apósito ideal, lo que justifica la acción calmante de «REFI» en muchas gastralgias, y su empleo, con éxito sobresaliente, en las

COLITIS MUCOSAS Y MUCOMEMBRANOSAS

«REFI», mucílago puro, puede formularse en las siguientes formas farmacéuticas: Sellos, Granulado y Escamas.

Muestras y literatura: LABORATORIO IBERO.—TOLOSA (Guipúzcoa).

ciones de forma y de consistencia con mayor facilidad es el hígado. Se hace blando, quebradizo y su color cada vez más amarillento. El intestino delgado toma color grisáceo y por su poca consistencia se aplana al colocarle sobre la mesa. Tanto en el peritoneo como en la pleura y en el pericardio se encuentra un derrame de líquido serosanguinolento, derrame que va aumentando con el tiempo y que infiltra cada vez más las paredes inmediatas. La materia coagulante de este líquido es la hematina y la hematoïdina, que se deposita en forma de agujas cristalinas de color pardorrojizo.

En la placenta se pueden encontrar en estos casos dos clases de lesiones: las unas son las que produjeron la muerte del feto y no son otras que las típicas de la albuminuria, de la sífilis, etc. Las otras son las consecutivas a la muerte del feto. En primer término, durante algunos días después de esta muerte puede conservar la placenta su aspecto normal, pero luego, cuando la circulación cesa, las vellosidades se atrofian y se mortifican adquiriendo la placenta una consistencia dura y sufriendo en unas zonas la degeneración grasienta y en otras los depósitos de calcio. En cuanto a los anejos extraplacentarios, o sea las membranas y el cordón, aunque persista la circulación materna sufren muy pronto la necrosis. Hay ocasiones en que la placenta conserva su aspecto normal, pero en otros casos aparece edematosa y de un color blanco grisáceo, o bien adelgazada y con vellosidades coriales que han sufrido una degeneración granulograsienta. El cordón también está edematoso y tiene el mismo color que el feto. En las membranas no se observa a primera vista alteración alguna. A veces el amnios está teñido del color del meconio, pero lo corriente es que presente el color gris. El líquido amniótico se va teñiendo, primero por el meconio y más adelante por los derivados del pigmento sanguíneo. Cuando son muchas las sustancias disueltas y emulsionadas en el líquido su color se hace negrozco y su consistencia muy densa.

La putrefacción del feto tiene lugar exclusivamente en los casos de infección por los microbios correspondientes, los de la putrefacción. Para ello es preciso que se encuen-

Las enfermedades que presenta el feto en el momento del nacimiento se dividen por razones prácticas en médicas y quirúrgicas. Las primeras son la consecuencia de la transmisión de una enfermedad del padre o de la madre; en el primer caso se encuentra, puede decirse que exclusivamente la sífilis; en el segundo se encuentran otras varias, sobre todo enfermedades agudas que puede padecer la madre en el último período del embarazo. Las enfermedades quirúrgicas están constituidas por las anomalías y defectos de desarrollo del feto que requieren un tratamiento cruento. Por último, hay lesiones que se producen en el momento mismo del parto y que requieren también un tratamiento quirúrgico. De estos procesos habremos de tratar más adelante. Por el momento hemos de ocuparnos de la muerte del feto durante el embarazo.

Al tratar de la muerte del feto lo haremos refiriéndonos a todos los períodos del embarazo, porque es corriente encontrar descripciones diferentes en las cuales se estudia, por ejemplo, con el nombre de aborto la expulsión del producto de la concepción durante los seis primeros meses del embarazo, refiriéndose lo mismo a los casos en que el feto está vivo en el momento de la expulsión que a aquellos en que se expulsa después de muerto. Resulta más natural la descripción agrupando a un lado todos los casos en que se expulsa el embrión o el feto muertos y al otro todos aquellos en que se encuentran vivos, si bien la expulsión tiene lugar un tiempo mayor o menor antes de la madurez. Todas las clasificaciones permiten objeciones, pero ésta parece más natural.

Trataremos sucesivamente de la muerte del producto de la concepción durante el embarazo. Algunas veces se demuestra que el embrión o el feto estaban muertos antes de comenzar su expulsión; en otros casos no se puede determinar si esta muerte tuvo lugar durante la expulsión misma; en los casos dudosos se incluirán estos últimos entre los fetos cuya expulsión comenzó cuando se encontraban vivos.

A continuación trataremos de la expulsión prematura del embrión o del feto vivo. Unas veces el producto de la con-



cepción es viable; en otros casos no lo es. Por tanto, en el estudio de esta expulsión prematura hay que plantearse el problema de la viabilidad del feto que se obtiene. El problema no tiene hasta ahora solución terminante, puesto que para pronosticar la viabilidad no se puede uno basar de un modo terminante ni en la presunta fecha del embarazo ni en el peso o estado de desarrollo del cuerpo del feto. Sin embargo, parece ser que este último dato es el más seguro y con arreglo a él se hará la división en dos grupos: La expulsión prematura del feto viable o parto prematuro, teniendo los fetos generalmente más de 1.000 gramos de peso, y la expulsión prematura del embrión o del feto no viable o aborto, que da fetos de menos de 1.000 gramos de peso. Haremos capítulo aparte para estudiar el aborto criminal.

Las causas que determinan la detención del desarrollo del huevo y la muerte del producto de la concepción son numerosas y de muchas de ellas se desconoce el mecanismo de acción.

Por parte de la madre, ya dijimos en el lugar correspondiente que las enfermedades agudas producen con mucha frecuencia la muerte del feto. No se debe esta muerte exclusivamente a la hipertermia, que respecto a este particular se comporta el feto aproximadamente lo mismo que la madre, sino a la acción de las toxinas que se engendran, tanto en el cuerpo del feto mismo como en el de la madre. Otras veces no da tiempo la enfermedad a que el feto muera, sino que se produce su expulsión, encontrándose en unos casos los síntomas de la misma enfermedad que padece la madre y en otros casos no. De las enfermedades crónicas, la más mortífera para el feto es la sífilis cuando no se la trata bien. También la albuminuria de la madre, si no se la diagnostica a tiempo, puede producir la muerte del feto.

En los casos de endometritis muchas veces no puede el huevo desarrollarse y en los de retroflexión es corriente la muerte prematura del feto, no, como se ha supuesto, porque la posición viciosa lleve consigo la acodadura de las arterias uterinas y de las ováricas con la consiguiente interrupción

quinto mes del embarazo y por acción combinada del líquido amniótico y del calor. La descomposición es lenta, sin producción de gases malolientes ni de sustancias que alteren la salud de la madre, como ocurre en los casos de putrefacción. El cuerpo del feto macerado aparece todo él como reblandecido y se ensancha en la forma en que lo hace cualquier víscera hueca y blanda cuando se la coloca sobre la mesa de autopsias. Todos los tejidos se encuentran embebidos e infiltrados de una serosidad parduzca que les transmite este mismo color. La piel también está pardorrojiza; otras veces se presenta macerada, y tan pronto aparece llena de flictenas como aparece desprovista de epidermis. La cabeza sufre diversas deformaciones; los huesos del cráneo cabalgan unos sobre otros, y otras veces se encuentran separados entre sí. El vientre es muy ancho y tiene la forma del abdomen de batracio; también el tórax ha perdido su abombamiento normal. Estas modificaciones se van haciendo poco a poco. Los dos primeros días después de la muerte solamente se observa la flacidez de los tejidos y la palidez de la piel. En los días siguientes, hasta completar la semana, se van infiltrando tanto la piel como el tejido celular subcutáneo; la epidermis se levanta. Al cabo de la semana también la cabeza parece haber perdido la solidez y la bóveda del cráneo se deprime; se produce el abdomen de batracio a consecuencia de la producción de líquido ascítico en el peritoneo; la epidermis se levanta en muchos sitios por serosidad sanguinolenta. Levántase la piel con facilidad de casi todo el cuerpo, pero queda adherida a nivel de la cara y del cráneo. La córnea se pone rojiza y su color se transmite al humor acuoso, pero no al cristalino.

En la segunda semana se acentúan los procesos señalados para la primera, la piel, mejor dicho, la epidermis, se desprende ya con facilidad incluso en la cara; el cuero cabelludo está muy infiltrado de una serosidad amarillenta. Las vísceras sufren transformaciones diferentes en sus elementos epiteliales y en los conjuntivos. Los primeros se hinchan y sufren la degeneración grasienta, los segundos padecen la degeneración granulosa. La víscera que traduce estas varia-

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



TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES
Gripe, Escorófula, 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 Sagüés, 2 y 4, (S. G.)

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO

ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL

MANGAN-ARSENIL

Salicilato sosa.

Cacodilato de manganoso.

YODURO potasa.

Ca. odilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA

PAZ, 26

VALENCIA

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.

ARTEROL

Tratamiento de la arterioesclerosis sin yoduros.
De reconocida eficacia en la apoplejía (feridura) y en general en todas aquellas enfermedades que tienen como causa la falta de circulación sanguínea.

Como preventivo se tomará 10 gotas de «Arterol» tres veces al día en medio vaso de agua templada media hora antes de las comidas. En caso de apoplejía y parálisis, será aumentada la dosis a criterio del facultativo.

La composición del «Arterol» es a base de *Allium Sativum* y *Viscum Album*.



PLASMASERUM

INYECTABLES INDOLOROS

Remineralizante rápido e ideal del organismo y en todos los casos de depresión nerviosa. Indicaciones en todas las convalecencias, anemias, NEURASTENIA, astenia (sumernaje), etc.

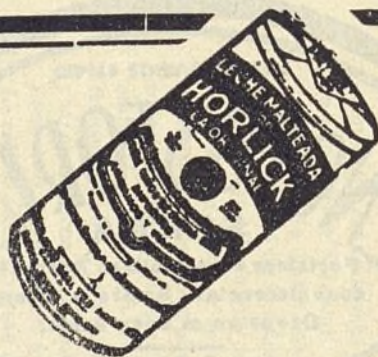
FÓRMULA: Nucleinato sódico, 5 centigramos. Metilarsinato sódico, 5 centigramos. Glicerofosfato sódico, 10 centigramos. Sulfato estrícnico, 1 miligramo, por inyectable de 1 c. c.

— DOSIS: —

Una inyección diaria salvo prescripción facultativa.

NOTA. — Nuestros Laboratorios hacen propaganda científica destinada a los señores FACULTATIVOS
LABORATORIOS R. T. B. — Roger de Flor, 204, BARCELONA

LOS MÉDICOS ENCONTRARÁN EN LA LECHE MALTEADA DE HORLICK



una bebida nutritiva, de mucha confianza y de paladar agradable. Es de perfecta solubilidad, tanto en agua caliente como fría y también en aguas gaseosas.

Los estómagos delicados, que no pueden digerir una comida sencilla, ni aun compuesta solo de leche, toleran perfectamente un vaso de HORLICK helado.

El calor y las fuerzas vitales se mantienen fácilmente tomando la LECHE MALTEADA de HORLICK, cuyo valor calorífico es de 4,27 por gramo ó 121 por onza, con un valor nutritivo de 1 en 6,36. Las calorías derivadas de proteína son aproximadamente de 19 por onza. El carbonato de hidrato que contiene, proviene de la lactosa de la leche, junto con la maltosa, dextrina y productos intermedios derivados de cereales, en las proporciones siguientes: Lactosa 1, Maltosa 4, Dextrina 2.

1 a proporción de grasas, proteína y carbonato de hidrato, es de 1, 2, 8.

Se expenden en botellas de cristal, debidamente selladas, conservándose por tiempo indefinido en todos los climas



Si no la halla en su localidad, diríjase al depositario en España:

PEDRO FERRER GURGUI,
Paseo de Colón, 15, Barcelona.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA — ARTE — CRÍTICA

— AMENIDADES —

2 V-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.

VIAJE AEROSTÁTICO

DE

FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

CAPRICHO GERUNDIANO

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

Haciendo aplicación de este principio construyeron un globo de tela fo-

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.

rrado de papel, de 35 pies de diámetro, llevando un brasero encendido para enrarecer en el interior del globo el aire atmosférico, y se resolvieron a hacer el primer experimento público en Junio de 1783 en Annonai a presencia de los diputados de los estados particulares del país y de una muchedumbre de espectadores. Subió en él Esteban Montgolfier, llevando consigo un carnero vivo.

Elevóse el globo a muchos centenares de toesas y al cabo de algún tiempo descendió a tres cuartos de legua del punto de partida, sin que el aeronauta ni el carnero hubiesen experimentado el menor mal ni la menor avería.

Alentado el intrépido y entendido Montgolfier con el feliz resultado de la primera empresa, fué a París con el objeto de lucir su invención a la vista de los hombres más sabios, de quienes esperaba le ayudarían también a extender y perfeccionar sus ensayos. Dos amigos de las ciencias quisieron participar de su gloria y de sus peligros, y se asociaron al atrevido aeronauta en la ascensión que dispuso en Septiembre del mismo año desde los jardines de la Muette. Eran éstos el marqués de Arlande y Pilastre du Rozier. Los tres viajeros atravesaron con felicidad el Sena

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

y fueron a descender apaciblemente del otro lado de París sobre el camino de Fontenbleau. El rey quiso que se repitiesen estas experiencias en el Palacio de Versalles para tener el gusto de pre-

senciarlas, y el éxito volvió a dar nueva gloria al afortunado Montgolfier.

El rey honró con el cordón de San Miguel a Esteban, y señaló mil francos de pensión a José, su hermano mayor y compañero de sus glorias y trabajos. Se les había ofrecido otras recompensas, pero sobrevino la Revolución, y ni aquéllas tuvieron lugar ni ellos le tuvieron tampoco para llevar adelante el pensamiento en que trabajaban de aplicar a sus globos el vapor, que tantos milagros ha hecho después.

La invención, sin embargo, no era todavía, ni era fácil que fuese perfecta. El fuego rarificador era un elemento que exponía a muchos riesgos.

En una de las ascensiones habían maltratado el globo, abriéndole numerosos agujeros y quemando algunas de las cuerdas, lo que puso a los viajeros en más de un peligro. Pero el descubrimiento de los Montgolfier produjo el saludable efecto del estímulo, y no tardó Charles, aventajado profesor de física, en llenar de gas inflamable un globo de doce pies de diámetro embetunado de un barniz resinoso que en dos minutos se elevó a una altura de 480 toesas,

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

se perdió entre dos nubes y a los tres cuartos de hora fué a caer a Guesse, cinco leguas de París. La experiencia del gas inflamable o hidrógeno animó a Charles a emprender una ascensión en compañía de Robert. Su globo tenía 26 pies de diámetro, era redondo y hecho de tafetán barnizado de goma elástica. A la parte superior del globo puso una válvula que se podía abrir desde la barquilla por medio de una cuerda, para dar salida al hidrógeno cuando se quisiera descender.

El 1.º de Diciembre del mismo año citado se verificó la ascensión en medio de los jardines de las Tullerías. El globo se elevó rápidamente a la altura de 300 toesas, y bien pronto se le perdió de vista. Los aeronautas observaron atentamente el barómetro, que nunca marcó menos de 26 grados; fueron poco a poco arrojando todo el lastre de la barquilla y descendieron felizmente en Nesle. Apenas Robert había saltado a tierra, cuando aligerado de repente el globo de más de cinco arrobas de peso se elevó por sí mismo de un salto a una altura de 500 toesas. Charles, que había quedado dentro, hubiera infaliblemente perecido si no hubiera conservado bastante sereni-

dad para abrir la válvula, introducir aire y restablecer así el equilibrio con el gas; al cabo de media hora cayó el globo en un campo a media hora del punto de la segunda ascensión.

Formáronse entonces con este motivo dos partidos, o digamos escuelas de aeronautas: unos por el sistema del aire enrarecido al fuego de Montgolfier, otros por el método del hidrógeno de Charles.

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

Entre los imitadores que tuvieron pronto estos navegadores de los aires, fué uno de los más célebres Juan Pedro Blanchard, natural de Normandía. Este hombre singular no era ni químico ni mecánico, era un hombre iliterato y rudo, que casi no sabía escribir. Y sin embargo, hizo en este género lo que no había hecho nadie, y aun le debió la ciencia uno de los descubrimientos más útiles e importantes: el de los paracaídas. De entre las muchas ascensiones que hizo citaremos sólo las más notables. Tal fué la que verificó en 1795, elevándose en Dover (Inglaterra) en compañía del doctor inglés Jefferies, atravesando en tres horas el canal de la Mancha, y descendiendo a una legua de Calais (Francia), después de haber corrido no pocos riesgos. Este viaje le valió el apodo de *Don Quijote de la Mancha*. Pero lo cierto es que a este nuevo Quijote de otra Mancha le erigió la ciudad de Calais una estatua de mármol en el lugar en que había descendido, y además le dió una gratificación de 12.000 francos y el rey le señaló una pensión de 1.200. En su décimaquinta ascensión que verificó en Francfort, mereció que el embajador de Rusia le presentara al pueblo en su balcón entre dos hachas de cera encendidas; su carruaje fué arrastrado por hombres hasta el teatro, donde le iban llevando de palco en palco. Allí le regalaron cajas de oro, relojes, bolsillos y medallas, y por último su busto fué coronado sobre un trono.

Cuéntanse más de sesenta ascensio-

JARABE ALMERA

a base de fosfato de ca gelatinoso, el mas asimilable.

nes que hizo Blanchard en Francia, en Inglaterra, en Holanda, en Alemania, en Bélgica y hasta en los Estados Unidos de América, en algunas de las cuales llegó a llevar hasta dieciséis compañeros de viaje. En 1793 fué arrestado en el Tirol y encerrado en una fortaleza

(1) Véase la Tertulia del núm. 4.024.

DICE LA GUITARRA

Hablo, sollozo, deliro...
Sé de la risa y el llanto.
Con las bocas rojas, canto.
Con los ojos negros, miro.
Con los amantes, suspiro
y río con los guasones.
Son mis notas goterones
de agua fresca en el rosál...
Y tengo toda la sal
de España en mis la-rimones.

MANUEL MACHADO.

Lactofitina: reconstituyente infantil.

LA PALABRA SENCILLA

POR

C. WAGNER

La palabra es el gran órgano revelador del espíritu la primera forma visible que adopta. Para tal pensamiento, tal palabra. Para reformar nuestra vida en el sentido de la sencillez hay que cuidar de nuestra palabra y de nuestra pluma. Sea la palabra sencilla como el pensamiento, sea sincera y segura: ¡Piensa con justeza, habla francamente! Las relaciones sociales tienen por base la confianza mutua, y esta confian-

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

za se sostiene con la sinceridad de todos. En cuanto la sinceridad disminuye, la confianza se altera, las relaciones padecen, la inseguridad nace. Verdad es esto en el dominio de los intereses materiales y de los espirituales. Con gentes de las cuales hay que desconfiar sin cesar, es tan difícil practicar el comercio y la industria como buscar la verdad científica, perseguir la inteligencia religiosa o realizar la justicia. Cuando se hace preciso, ante todo, vigilar las palabras y las intenciones de cada uno y partir del principio de que cuanto se dice y se escribe tiene por fin presentar la ilusión en vez de la verdad, la vida se complica de modo extraño. Es lo que sucede. Hay demasiadas gentes malignas, diplomáticos que tratan de ver quién es más listo y de engañarse unos

Probablemente, lo que acabo de decir bastaría para indicar mi pensamiento, y la experiencia de todos podría aportar en este punto un amplio comentario con ilustraciones probatorias. Pero no por eso he de insistir menos sobre el particular y rodearle de ejémplos.

En otro tiempo, los hombres tenían para comunicarse medios bastante reducidos. Era legítimo suponer que perfeccionando y multiplicando los medios de información se aumentaría la luz. Los pueblos aprenderían a amarse conociéndose mejor, los ciudadanos de un mismo país se sentirían unidos por una fraternidad más estrecha al estar mejor ilustrados en todo lo que concierne a la vida común. Cuando la imprenta fué creada se dijo: *¡Fiat lux!*, y con más razón aún cuando se extendió el uso a la lectura y la afición a los periódicos. ¿Por qué no habría de razonarse así? dos luces alumbran más que una y varias más que dos; cuantos más periódicos

ALBUMINURIA
«Stroarsil» — Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, Paris, 111, Barcelona

cos y libros haya, mejor se sabrá lo que ocurre, y los que quieran escribir la historia después de nosotros serán dichosos, tendrán las manos llenas de documentos. Nada más evidente al parecer. Por desgracia, se basaba este razonamiento en las buenas cualidades y el poder de los instrumentos, pero no se tenía en cuenta el elemento humano, que es, en todas partes, el factor más importante. Ahora bien; se ha visto que los sofistas, los retóricos, los calumniadores, todos gentes de lengua bastante suelta y que saben mejor que nadie manejar la palabra y la pluma, se han aprovechado grandemente de todos los medios de multiplicar y extender el pensamiento. ¿Qué resulta? Que nuestros contemporáneos pasan por todos los trabajos del mundo para saber la verdad acerca de sus propios asuntos. Para algunos periódicos que cultivan las buenas

IODARSOLO

Primer producto de iodo y arsénico.

BALDACCÍ - PISA

nas relaciones internacionales, tratando de informar a sus vecinos justamente y estudiarlos sin prejuicios, ¿cuántos hay que siembran la desconfianza y la calumnia? ¿Cuántas corrientes ficticias e insanas creadas en la opinión pública por falsos rumores, interpretaciones malévolas de hechos o de palabras? De nuestros asuntos interiores no estamos mejor informados que de los extranjeros. Ni acerca de los intereses del comercio, de la industria o de la agricultura, ni de los partidos políticos o las tendencias sociales, ni del personal que interviene en los negocios públicos, es fácil obtener una información desinteresada. Cuantos más periódicos se leen se ve menos claro. Hay días en que después de haberlos leído, y admitiendo que los crea, el lector se verá obligado a obtener la siguiente conclusión: decididamente, no hay más que hombres desacreditados en todas partes; sólo siguen

SIGUE A LA PAGINA XX

como sospechosos de haber propagado los principios de la Revolución; pero recobro pronto su libertad. Por último, habiendo hecho su última ascensión en La Haya, en 1808, acometido de una apoplejía cayó mal para lo de una altura de 60 pies, y a pesar de los auxilios que le hizo suministrar el rey de Holanda, que era entonces Luis Bonaparte, murió en París de sus resultas en 1809.

Blanchard había inventado, como hemos dicho, un paracaídas; y habiendo sabido cuando se hallaba en América que Garnerin se apropiaba de este descubrimiento, regresó de allí en 1788 y sostuvo en los periódicos una polémica contra su rival, y para dar una prueba de la confianza que tenía en este utensilio auxiliar, hizo un descenso en paracaídas en 1799 en Tivoli.

La feliz travesía ejecutada por Blanchard y Jefferies de un lado a otro del Canal de la Mancha alentó a Pilastre

Antiséptico GLOGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Aparado 22. — Jaén.

du Rozier y Romain a intentar la misma expedición en sentido inverso, esto es, de Francia a Inglaterra.

Estos dos atrevidos aventureros imaginaron dos globos superpuestos uno a otro; el superior lo llenaron desde luego de gas, el inferior le iban llenando a medida que subía por medio del carbón encendido. Rozier esperaba poder dirigir así mejor su globo y hacerle subir y bajar a su voluntad.

El ensayo les costó la vida a los dos aeronautas. El carbon que en la region inferior ardía lentamente, a medida que el globo se elevaba iba entrando en una combustión activa, y por último, se incendió el globo, dando con los dos aeronautas en tierra.

(Continuará.)

ION-CALCINA

— PALLARÉS —

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

CATÓN, el héroe de los estoicos, se embriagaba algunas veces para apartar su espíritu de las fatigas causadas por las cargas públicas. Las palabras de Séneca lo afirman: *Cato vino lax bat animum curis pupicis fatigatum*. Y aun agrega: «Se le reprocha la embriaguez a Catón, cuando se le debiera honrar por ello.»

(G. MEURIEU: *Tesoro de Sentencias del siglo XVI.*)

**

—¿Y NO LE DA vergüenza pedir dinero?

—Es que una vez que lo tomé sin pedir me metieron en la cárcel.

**

EL DEMONIO nos da la estimación de los hombres para quitarnos la de Dios.

BOSSUET.

a otros, y he aquí por qué todos trabajan tanto para informarse de las cosas más sencillas y que más les importan.



SANOCAL
intramuscular

SANOTION
Tiosulfatos Alcalinos
Para inyección hipodérmica e intramuscular
Tratamiento de elección en las Litiasis biliar y renal, agudas o crónicas. Artritis. Reumatismo. Desensibilizante en general y cutáneo, etc.
Cajas de 10 ampollas de 2 c. c.

SANOCAL
CALCIOTERAPIA INTRAMUSCULAR INDOLORA
Tuberculosis en general. Adenopatías, traqueo-bronquiales infantiles. Raquitismo, Osteomalacia, Amenorreas, etc.
Unico en aquellos casos que por dificultad de inyección no se puede usar la forma intravenosa. Indicado en los niños.
En cajas de 10 ampollas de 5 c. c.

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

laboratorios abelló

ANTISPASMINA

Píldoras
Queratinizadas
de
COLICA
Belladonna, Valeriana y Papaverina

MUESTRAS Y FOLLETOS A PETICIÓN

Dan excelentes resultados en las: **Colitis aguda y crónica, Colitis muco-membranosa, Cólicos hepáticos, Crisis dolorosas entéricas** por adherencia y bridas posteriores a la apendicitis.

Resuelven y curan el espasmo restableciendo el funcionamiento normal del Intestino en: **Estreñimiento espasmódico, Crisis pseudo-diarreicas, Dispepsias por fermentación, Neurosis intestinal** con excitación del peristaltismo.

Medicación soberana en todas las formas dolorosas del abdomen por la acción sedante que desenvuelve sobre la inervación vagal.

Fracos de 40 píldoras

Laboratorio Farmacológico Reggiano

Director: G. RECORDATI - Correggio (Italia)
Representante para España: DR. J. VALLES Y RIBÓ - Paseo de Gracia, 75 - Barcelona
Depositar: D. RAMÓN SALA - París, 174

DE VENTA EN FARMACIAS Y CENTROS DE ESPECIFICOS

Fábrica de Productos Químicos

VON HEYDEN, S. A.

Radebeul - Dresde (Alemania)

CLORINA

Poderoso desinfectante y antiséptico

Cajas de 12 y 100 papeles

Cajas para Clínicas de 100 y 1000 gr.

PANCLORINA

Pomada ACUOSA

a base de Clorina

Tubos pequeños, medianos y para Clínicas

GINECLORINA

Tabletas ligeramente aromáticas

para Ginecología y aseo de la mujer

BALNOCLORINA

Baños oxígeno - clorados para Dermatología

y Ginecología

Cajas de 2 y 6 baños

Muestras y literatura: Madrid - Apartado 4077

DELEGACION CIENTIFICA DR. L. HAHN

nuevo

en preparación



SOL ARTIFICIAL DE ALTITUD „ORIGINAL HANAU“

“Sol Artificial de Altitud”, significa para el médico la Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau”, actualmente empleada por más de 150.000 médicos de Alemania y otros países. Su campo de aplicación es inmenso. La Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau”, estimula el metabolismo, hace descender la presión de la sangre, produce efectos tónicos y reconstituyentes asombrosos en la convalecencia, anemia, clorosis, estados de agotamiento, insomnio, etc.

Sus éxitos terapéuticos en el raquitismo y su profilaxis en la escrofulosis, tuberculosis, y principalmente las quirúrgicas, han dado motivo a centenares de publicaciones científicas. Cicatrización rápida de heridas accidentales y operatorias, lupus, psoriasis, numerosas dermatosis, erisipela, mastitis, lesiones roentgenológicas, forúnculos, úlceras varicosas, etc.

Existen en el comercio muchas imitaciones, la mayoría a base de aparatos de alta frecuencia, los cuales no tienen nada que ver con la Lámpara de Cuarzo, “Original Hanau”, que produce la verdadera luz ultravioleta, fabricación original de la Quarzlampen-Gesellschaft m. b. H. Hanau-Main (Alemania).

Pida usted el folleto explicativo a la
DELEGACION CIENTIFICA DR. L. HAHN.—Apartado 4077.
MADRID

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

Director honorario: Excmo. Sr. D. ANGEL PULIDO

REDACTORES:

Excmo. Sr. D. AMALIO GIMENO | Excmo. Sr. D. SANTIAGO DE RAMÓN Y CAJAL | Excmo. Sr. D. JOSÉ FRANCOS RODRÍGUEZ

VITAL AZA
Ginecólogo. Académico C. de la R. A. N. de M.
J. BLANC Y FORTACÍN
Del Hospital de la Princesa.
L. CARDENAL
Catedrático. Académico.
Cirujano del Hospital de la Princesa.
J. CODINA CASTELLVÍ
Académico Médico de los Hospitales Dr. de los San. Antituberculosos.
R. COMENGE
Oftalmólogo.
J. L. ELIZAGARAY
Académico. Del Hospital General.
E. FERNÁNDEZ SANZ
Académico de la Real de Medicina.
FIDEL FERNÁNDEZ MARTÍNEZ
Director de los servicios de aparato digestivo de la Beneficencia general y de la Facultad de Medicina de Granada. Académico.

A. FERNÁNDEZ MARTÍN
Ex-Interno de la F. y Hospitales.
S. GARCÍA VICENTE
Jefe del Servicio de Laringología de la Institución Antituberculosa Municipal.
A. GARCÍA TAPIA
Laringólogo. Académico.
J. GOYANES
Cirujano del Hospital General de Madrid. Académico.
B. HERNÁNDEZ BRIZ
Médico-Jefe de la Inclusa y Colegio de la Paz.
T. HERNANDO
Catedrático. Académico.
J. M. HUARTE MENDICOA
Laringólogo.
F. HUERTAS
Del Hospital General. Académico.
C. JUARROS
Profesor de Psiquiatría del Instituto Criminológico. Académico.

E. LUENGO ARROYO
De la Sección de Parasitología del Instituto de Alfonso XIII y del Hospital de la Facultad de Medicina.
G. MARAÑÓN
Del Hospital General de Madrid. Profesor A. de la F. de M. Académico.
M. MARÍN AMAT
Oftalmólogo. Académico C. de la Real de Medicina.
M. MARTÍNEZ SALDÍ
Publicista médico.
J. MOURIZ RIESGO
Jefe del Laboratorio del Hospital General. Académico.
B. NAVARRO CÁNOVAS
Médico-Director del Gabinete de radiografía y radioterapia del Hospital de la Princesa.
F. PECO
Médico interno.
G. PITTALUGA
Catedrático A. académico.
A. PULIDO MARTÍN
Médico del Hospital de San Juan de Dios. Profesor de vías urinarias.

J. Y S. RATERA
De las Beneficencias Provincial y Municipal de Madrid. Radiólogos del Hospital General y de San Juan de Dios.
G. RODRÍGUEZ LAFORA
Prof. A. de la F. de M. ex-Histopatólogo del Manicomio de Washington.
R. ROYO VILLANOVA
Catedrático de Med. legal. Valladolid.
J. SARABIA PARDO
Director del Hospital del Niño Jesús. Académico de la Real de Medicina.
F. TELLO
Director del Instituto Alfonso XIII.
J. M. TOMÉ Y BONA
Dermatólogo.
A. VALLEJO NÁGERA
Jefe de Clínica mental militar de Ompozuelos.
J. M. DE VILLAVEDE
Del Real Hospital del Buen Suceso. Del Instituto Cajal.
R. DEL VALLE Y ALDABALDE
Académico H. de la Real de Medicina.

Redactor Jurídico: A. CORTEZO COLLANTES

Redactor Jefe: F. JAVIER CORTEZO COLLANTES

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: El problema social y familiar de los niños mentalmente anormales, por el Dr. César Juarros.—Divulgaciones científicas de actualidad: Concepto y tratamiento del corea infantil o de Sydenham, por el Dr. Federico González Deloit.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Trabajos de la Escuela Nacional de Anormales.

El problema social y familiar de los niños mentalmente anormales

POR EL

DR. CESAR JUARROS

Médico director de la Escuela Nacional de Anormales. Académico de número de la Academia Nacional de Medicina. Profesor de Psiquiatría, forense en el Instituto Español Criminológico. (Madrid.)

Ha representado un positivo acierto de los organizadores de la primera Semana Española de Higiene Mental haber incluido en el programa una conferencia dedicada a divulgar aspectos fundamentales del problema de la anormalidad infantil. Hasta ahora, la mayoría de los padres pensaron, en nuestro país, que un hijo anormal constituye desgracia irreparable. El Estado, por su parte, dedicó escasa atención a estas cuestiones. Una sola Escuela oficial—120 alumnos—supone escasa dotación para 25 millones de habitantes.

En estas condiciones puede representar excelente obra, si el acierto expositivo me acompaña, sembrar esperanzas en el ánimo de las familias indebidamente resignadas y ofrecer soluciones a los gobernantes de buena fe.

La clave del problema radica, como sostiene Nifenegger (1), en percibir claramente que el niño anormal tiene idéntico derecho que el normal a recibir instrucción adecuada a su desarrollo psíquico. El abandono de esta labor humanitaria y justa, aun después de podada de toda sensiblería, no es sólo fruto crecido en tierras hispanas. La lucha contra la anormalidad posee mermado abolengo práctico. En la mayoría de los países. El establecimiento para deficientes mentales más antiguo, en Inglaterra, data sólo de 1846—Douglas (2)—, «Royal Earlwood Institution».

En Italia, por ejemplo—Juarros y M. Soriano (3)—, no existen instituciones oficiales destinadas a la formación de educadores de anormales.

A esta preparación, piedra angular, concedéla tan escasa importancia en Londres, que en su Universidad se dan cursos de una semana de duración para médicos prácticos. No hay por qué multiplicar los ejemplos.

Veamos si estas pasividades y faltas de entusiasmo están justificadas. Atendiendo al número de niños afectados de anormalidad, desde luego puede afirmarse que no. Según Henze (4), el número de niños sujetos en Alemania a auxilios especiales, como consecuencia de su pobreza mental, asciende a la cifra de 65.000. Como en España no existen estadísticas de este orden nos

vemos en la imposibilidad de aportar datos nacionales.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, tampoco resulta razonable la desidia.

Quien quiera enterarse del estado actual de la lucha contra la anormalidad en la mayoría de las naciones, puede consultar la reciente segunda edición del clásico libro de Freuzel (5), aun cuando en lo relativo a nuestro país está deficientemente informado.

MODALIDADES DE ANORMALIDAD

Que un niño destaca intelectualmente de los pequeños de su edad, puede obedecer a estas razones.

- a) Superación.
- b) Inferioridad.
- c) Desacuerdo.

De los primeros no hemos de hablar. Traer aquí el tema de los hiperdotados supondría reto a la paciencia o seguridad de abordar incompletamente tan trascendental aspecto de la Pedagogía.

Con vuestra anuencia no me ocuparé sino de los débiles mentales y de los niños de comportamiento disonante.

Reducido así el campo de acción resulta inevitable contemplarlo desde cuatro puntos de vista:

- a) Profilaxis.
- b) Diagnóstico.
- c) Tratamiento.
- d) Utilización social.

PROFILAXIS

Los esfuerzos encaminados a disminuir el número de niños anormales pueden concretarse en cinco rutas esenciales.

Cultura.—Poco puede hacerse para evitar la anormalidad ínterin los padres no perciban *claramente* la transcendencia de atender a varias normas básicas, siempre que en procrear piensan.

He aquí las principales:

I. Necesidad de no engendrar hallándose bajo la acción del alcohol, padeciendo enfermedades transmisibles (en especial lúes) o faltos de fervor sexual.

II. No olvidar cómo la edad avanzada de los progenitores constituye una importante causa coadyuvante de la anormalidad.

Por parte del Estado los deberes principales pueden esquematizarse así:

I. *Certificado médico prematrimonial.*—Aun admitiendo la no infalibilidad de las leyes de la herencia, sólo beneficio puede rendir la creación de dificultades al casamiento de un gonocócico, un lúético, un tísico o un loco.

II. *Protección a la mujer embarazada.*—Como nadie ignora, las perturbaciones del embarazo y del parto representan la causa más importante de anormalidad —Meltzer (6)—. Es indispensable, si se pretende hacer algo serio y eficaz, crear un Cuerpo de visitadoras tócológicas, susceptibles de facilitar a las mujeres pobres dar a luz en sus hogares con asistencia adecuada.

III. *Protección al recién nacido* promulgando una ley de investigación de la paternidad y creando seguros

capaces de impedir que la madre menesterosa tenga que desatender al hijo para ganarse el pan de cada día.

IV. *Obligación para médicos y comadronas de notificar a las autoridades sanitarias los defectos y anomalías* que encuentren en los recién nacidos, facilitando la formación de estadísticas y el pronto conocimiento de la anormalidad.

V. *Protección social al niño.*—Juarros y M. Soriano (3).

Higiene —Una higiene cuidadosa, tanto física como psíquica—Gregor (7)—, es capaz de evitar numerosas probabilidades de anormalidad. Recuérdese la clara influencia del raquitismo sobre el desarrollo mental (Huldschin+ky) (8).

Vigilancia.—Rinde valiosos beneficios vigilar el comportamiento familiar y social para poder rehuir la presentación de procesos neuróticos y psicopáticos perfectamente vitables.

Eliasberg (9) llega a pedir la creación de servicios psiquiátricos en Institutos y Universidades. Heuyer y Serin (10) insisten sobre el importante papel desempeñado por la escuela mal entendida en la aparición de anomalías mentales.

Schwab (11) ha estudiado la intervención del ambiente en el nacimiento de la constitución esquizoide como consecuencia de una falta de adaptación no imputable al niño. Es, pues, preciso fiscalizar minuciosamente el ambiente en que se desarrolla. Síntesis: las causas más frecuentes de anormalidad son: *Traumatismos obstétricos. Ambiente inadecuado. Evolución sexual entorpecida.*

Observar si la vida sexual del niño es o no fisiológica representa deber ineludible para padres, médicos y maestros, aun cuando Lazar (12) pretenda oponer la simple disciplina escolar a la psicoanálisis y a la psicología individual.

Negar al niño vida sexual constituye el motivo determinante de gran número de procesos neuróticos de la infancia. Después de los trabajos de Freud (13) no es posible incurrir en tales errores. De padres y educadores depende el destino de los niños—María Bonaparte (14)—casi por entero.

Infinidad de pequeños se encuentran incapacitados para comportarse normalmente porque a tiempo no se conocieron las desviaciones de su evolución sexual.

«Complexos de Edipo» y «Complexos de castración» no descubiertos oportunamente mantienen en condiciones de inferioridad mental a muchos niños, haciéndolos pasar por anormales no siéndolo. Aquellos a quienes interese este aspecto pueden escoger como medio de orientación el moderno libro de E. Benjamín (15).

DIAGNÓSTICO

Para lograr una acción eficaz importa sobre todo obtener diagnósticos precoces. Precisa que la anormalidad sea presumida desde los primeros momentos por padres y maestros. En la prontitud con que aquéllos y éstos acudan al médico especializado radica la clave del éxito.

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.**

INYECTABLE DE CALCIO AUTOFIJADOR RADIOACTIVO FIXOCALCINA



**TUBERCULOSIS
HEMOPTISIS
HEMOFILIA
HEMORRAGIAS
RAQUITISMO
RECONSTITUYENTE**

CKLIEMAND
FIXOCALCINA
LABORATORIO GALAN, CALAF, 8 - BARCELONA

Muestras y literatura: **LABORATORIO GALÁN, Caaf, 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 estrigina, 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

En lo que a la familia atañe, basta con un poco de buen sentido y atención en alarma. Comparar el propio hijo con los hijos de los demás es suficiente. Haciéndolo desapasionadamente.

Con esto y con unos cuantos datos elementalísimos divulgados ya en libros al alcance de las culturas más precarias, es suficiente—Juarros (16)—. El conocido cuadro de Cruchet y las pruebas de Kuhlman-Decroly (17) constituyen pautas excelentes.

P. Schroder (18) ha destacado en estos últimos tiempos la importancia de que los profanos posean nociones de caracterología.

Como prueba de la trascendencia concedida al estudio de los elementos de juicio necesarios para determinar prontamente un apartamiento de los cauces habituales del desarrollo físico y psíquico, citaremos los estudios de Washburn (19), sobre la risa en los bebés, clasificándolos en tres grupos: a) *ambieexpresivos*, que ríen y lloran con frecuencia análoga con dos modalidades; *parvieexpresivos* y *multiexpresivos*; b) *hiperexpresivos*, que ríen mucho y lloran poco; y c) *expresivo-depresivos*, que lloran mucho y ríen poco.

También, como ejemplo, quiero citar los trabajos de Smith (20) sobre el crecimiento en los retrasados mentales, demostrativos de cómo la simple fiscalización de la talla puede poner sobre la pista de un estado oligofrénico.

Paradigma final: El fino estudio que sobre el tedio en la infancia ha publicado Dugas (21). Cuanto más diligentemente acierten a alarmarse los padres, más cercanos estarán de alejar los riesgos que representa una anomalía desconocida.

Las diferencias de comportamiento del hijo con relación a los otros niños de su edad y condición social deben ser comunicadas sin demora al médico especializado.

Cuanto se predique en este sentido será poco.

Presenta enorme interés el descubrimiento precoz de la anomalía en los centros escolares. Tanta que abundan los países donde esta acción encuéntrase severamente regulada. Un buen modelo hállese representado por la Ley referente a la inspección de los retardados en las escuelas públicas de Massachusetts—Dy-ton (22)—. A base del rápido envío a las clases especiales. Ha insistido brillantemente en ello Wintch (23).

No ha de entenderse, sin embargo, el problema como exclusivamente de pobreza mental; es necesario descubrir con idéntico esmero la existencia de una constitución mental psicopática, medio de evitar que surjan en lo futuro graves trastornos mentales (María Soriano) (24).

En esta labor, dos grandes preocupaciones debe tener el maestro. Sus propios métodos y el ambiente familiar. Nadie desconoce los nocivos efectos de la fatiga, capaz por sí sola de mantener en situación de inferioridad escolar a niños normalmente dotados. En la valoración de esta posibilidad ha de evitarse confundir el cansancio natural con la fatiga (Laugier) (25).

El ambiente familiar será observado con todo esmero. Marca una norma a seguir el servicio de «Child

guidance de Newark»—Huyer (26)—, donde las visitadoras tienen por misión ir a las casas de los niños rebeldes en averiguación de hasta qué punto influye en los trastornos del carácter un medio familiar desfavorable.

Como refuerzo del positivo valor de estas orientaciones citaré un artículo de Blanchard (27), donde expónense cinco observaciones de niños que presentaban grandes dificultades para aprender a leer o calcular. El estudio de estos casos reveló que el obstáculo debía ser a torpeza de los padres que por actos inconvenientes habían creado inhibiciones emotivas. Los maestros pueden ayudarse de métodos psicológicos auxiliares, entre los que destaca por su sencillez y utilidad el psicodiagnóstico de Rorschach.

Este método, sobre el cual he publicado varios trabajos en colaboración con María Soriano (28) y Dolores Plaza (29), ha sido elogiado por Schneider (30) como medio ventajoso para descubrir signos psicopáticos en los escolares.

TRATAMIENTO

Hasta hace pocos años ante un caso de anomalía infantil hablábase sólo de educación. Ahora háblase de tratamiento. Efecto de mostrarse cada día más amplio el horizonte terapéutico.

Aquí resulta preciso enfocar también el problema desde varios puntos de vista: padres, médicos, maestros.

Familia.—He dicho lo suficiente para que puedan haberse dado cuenta de que en muchos casos la anomalía está producida y sostenida por el ambiente familiar. Quiero llamar ahora la atención sobre el denominado «Complejo de inferioridad» de Adler (31), tan ensalzado clínicamente por cuantos le conocen bien (Freudenberg) (32).

Infinidad de trastornos neuróticos de la infancia obedecen a un sentimiento de inferioridad cuyo antídoto encuéntrase representado por una exaltación morbosa del sentimiento de la personalidad, sentimiento capaz de ser agravado o mejorado según la actitud de la familia (Adler) (33).

No ha de olvidarse que el sentimiento de inferioridad bábase siempre en una real inferioridad física. La vida del hogar debe adaptarse en estas circunstancias a lo aconsejado por un técnico.

Médico.—Cada día las cuestiones relacionadas con la anomalía infantil imprégnanse más y más de sentido médico. Desde adaptar la máxima clásica diciendo: no hay anomalías, sino anormales—Reiss (34), Ferriere (35)—, hasta el terco empeño puesto en buscar sagazmente motivos etiológicos susceptibles de tratamiento. Como ejemplo de minuciosidad en esta orientación citaremos los trabajos de Hummel (36) sobre la dinamometría de cada dedo de la mano en relación con la anomalía y (no por vanagloria, sino para demostrar que nuestro país procura no quedar retrasado), mis trabajos en colaboración con el Dr. Galarrreta sobre la velocidad de sedimentación (37) y la co-lesterina sanguínea (38) en los anormales y los míos

acerca del estudio del sistema nervioso vegetativo (39). Conservando siempre una tendencia práctica alejada de la persecución sistemática de lo excepcional, tal y conforme aconseja Leupoldt (40), aparte de los éxitos resonantes en las oligofrenias por hipotiroidismo y en los heredosifílticos singularmente con el spirocid—Juarros y Galarreta (41)—, merecen citarse en una conferencia divulgadora del tipo de la presente tres aspectos a cual más interesante: la encefalitis epidémica, la psicoanálisis y los reflejos condicionales.

Constituye un hecho fuera de discusión la posibilidad de trastornos del comportamiento ético como secuela de procesos encefalíticos. Stern (32) ha estudiado las consecuencias sociales de la encefalitis epidémica. Lussheimer (43), la relación entre los síndromes post-encefalíticos y las oligofrenias. Toulouse, Marchand y Schiff (44), las encefalitis que no tienen traducción clínica neurológica y sí sólo psiquiátrica. Heuyer y le Guillant (45), las reacciones médico-legales de la encefalitis...

Estos estudios abren la esperanza en un tratamiento medicamentoso eficaz.

La psicoanálisis constituye actualmente una disciplina técnica que no puede ser ignorada por el maestro ni por ningún médico en contacto con los niños—Juarros (36)—. No sólo desde el punto de vista del tratamiento, sino también de la profilaxis, permitiendo descubrir los procesos neuróticos en estado naciente (Sofia Morgenster) (47).

Cimbal ha precisado (48) la importancia creciente de la psicoanálisis en la educación e instrucción de los débiles mentales. La psicoanálisis permite evitar el lamentable error de atribuir categoría de oligofrénico irremediable a neuróticos curables.

La noción de los reflejos condicionados, obra esencial de Pavlov (49) y B-chterew (50), ha aportado técnicas valiosísimas a la educación, permitiendo crear reflejos asociativos de máxima utilidad (Goldenfour) (51). Kramgor-ki (52) concédeles tal importancia, que en el Congreso de Pediatría de 1930 propuso fuese obligatoria su enseñanza en la Facultad de Medicina.

Como habrán ustedes apreciado, las aportaciones médicas a la lucha contra la anormalidad infantil son cada vez más valiosas y animadoras.

Maestros.—La labor de los maestros especializados en el tratamiento y reeducación de niños anormales requiere amplia organización. Respecto a ella no hemos de hacer sino repetir lo que dijimos en nuestra Ponencia del Congreso de Valencia (3).

El diagnóstico y clasificación de la anormalidad exige como base la existencia de servicios públicos donde sean estudiados y observados los niños que sus padres lleven espontáneamente y los que remitan médicos escolares y maestros.

Esta misión tradúcese en el hecho de que por dichas consultas han de pasar todos los niños anormales destinados a ingresar en los centros oficiales de enseñanza y gran parte de los que han de tratarse en las instituciones particulares.

¿No sería grave error prescindir de la asignación a

dichos centros de la misión de formar una estadística nacional de anormales en colaboración con los médicos escolares?

Los anormales pueden dividirse desde este punto de vista en dos grandes grupos:

a) Anormales capaces de continuar viviendo con la familia.

b) Anormales incapaces de seguir viviendo con su familia.

a) *Anormales capaces de continuar viviendo con su familia.*

Debe tenderse a que el anormal no abandone el hogar.

Ningún ambiente comparable a éste. El internado es un recurso de última instancia cuajado de peligros.

Para los anormales susceptibles de continuar en su casa deben crearse tres grupos de servicios:

I. Consultas de asesoramiento.

II. Clases especiales.

III. Escuelas especiales.

I. *Consultas de asesoramiento.*—Establecidas en el centro de observación hallaríanse destinadas a aconsejar a las familias que, teniendo un hijo anormal, no lo confíaron a ninguna institución oficial y sí a sanatorios o profesores particulares.

II. *Clases especiales.*—Son clases adscritas a las escuelas corrientes. Existen en todos los países. Por ejemplo: las clases para incontinentes y débiles de los orfelinatos de Viena; las clases existentes en la misma ciudad para débiles de la vista, débiles del oído y niños con defectos del lenguaje.

Estas clases, para rendir toda su eficacia, necesitan hallarse sometidas a una vigilancia directa por parte de inspectores especializados que den unidad a la labor.

Aí se hace en otras naciones, en Inglaterra y en los Estados Unidos. En los últimos la misión corre a cargo de inspectoras asesoradas por psiquiatras y psicólogos.

Las clases especiales deben ser de cuatro tipos:

I. Para retrasados pedagógicos.

II. Para defectuosos del lenguaje.

III. Para débiles de oído.

IV. Para débiles de vista.

Todas bajo la fiscalización, repetimos, de un cuerpo de inspectoras especializadas que tendrían a sus órdenes enfermeras visitadoras, encargadas de comprobar si los padree siguen o no las prescripciones de las maestras.

III. *Escuelas especiales.*—Las escuelas especiales han de ser de tipos tan diversos que cada variante de anormalidad cuente con modelo adecuado.

Otro aspecto, no menos interesante, deriva de esta pluralidad de escuelas: el de que así puede disminuirse la zona de acción de los internados, institución cuya cooperación conviene rehuir, salvo los casos que luego veremos.

El ejemplo y la experiencia de Norteamérica es en este sentido decisiva.

Véase lo que ocurre con los lisiados. Dividense en



EXTRACTO DE HIGADO No. 55 CON HIERRO

Para el Tratamiento de la Anemia Secundaria

El Extracto de Hígado No. 55 representa una fracción hepática distinta a la usada en el Extracto de Hígado No. 343. El Extracto de Hígado No. 55 con Hierro está produciendo resultados excelentes en el tratamiento de la anemia secundaria caracterizada por deficiencia en la hemoglobina.

Escriba Solicitando Literatura

ELI LILLY AND COMPANY
INDIANAPOLIS, E.U.A.

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

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS inalterables sin olor

GRAGEAS INALTERABLES GRANULADOS

GRANULADOS

PEPTALMINE

4

PEPTO-ALBUMINAS y HARINA DE TRIGO en la envoltura

EXTRACTOS de HUEVO y de LECHE

URTIARIA PRURIGO de los NIÑOS MIGRAÑAS

TRASTORNOS DIGESTIVOS ESTROFULO-ECZEMAS

GRAGEAS

PEPTALMINE MAGNESIADA

4 PEPTO-ALBUMINAS y Sulfato de Magnesia

GRAGEAS

GRANULADOS

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO INSUFICIENCIA HEPATICA

COLITIS COLECISTITIS CRONICAS MIGRAÑAS

COLAGOGO

Laboratoire des Produits Scientia D'E Perraudin. Ph.^o del.^o Cl.^o 21, rue Chaptal. Paris (9^e)

Jarabes Yodurados

de J.-P. Laroze

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

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

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

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

tres grupos: lisiados escolares, lisiados de hospicio y lisiados no transportables.

Los lisiados escolares son conducidos diariamente en autobuses municipales de su casa a la escuela y de ésta a aquélla. Todo menos sacarlos de su hogar.

El lisiado no transportable recibe cotidianamente la visita de un maestro remunerado o de un instructor que va a darle clase.

Pero para poder luchar victoriosamente con la tendencia a buscar como solución única el internado, precisa, según antes decimos, multiplicar las variedades de escuelas.

Véase como ejemplo de qué modo tiene organizado su plan de escuelas especiales la ciudad de Jackson-Michigan, plan tan elogiado recientemente por Decroly:

I. *Ungraded schools*.—Escuelas sin grado para deficientes mentales muy acentuados enviados desde las escuelas públicas.

II. *Lower auxiliary schools*.—Escuelas auxiliares para niños de los grados inferiores, retardados, procedentes del jardín de niños y de las clases inferiores de las escuelas primarias.

III. *Upper auxiliary schools*.—Escuelas auxiliares de grados superiores para niños del mismo tipo, que envían de los grados superiores en adelante de las escuelas primarias.

IV. *Opportunity schools*.—Clases de perfeccionamiento para alumnos del V y VI grados seriamente retardados y de más de catorce años de edad.

V. *Speed schools*.—Escuelas aceleradas para los superdotados.

VI. *Open air schools*.—Escuelas al aire libre para los mal alimentados, anémicos y pretuberculosos.

VII. *Clases para sordos y duros de oído*.

VIII. *Clases para miopes*.

IX. *Special help teacher*.—Profesores especiales de ayuda. Lecciones particulares para niños cuya anormalidad redúcese a lagunas en determinada función mental o en una rama de conocimientos.

Tradujimos la enumeración sólo, bueno será hacerlo constar como demostración de la moderna tendencia a crear, escuelas distintas para las distintas clases de anormalidad. En cuanto al plan, no lo consideramos merecedor de grandes alabanzas, ya que en él omítense escuelas de personalidad tan destacada como las que en otros países se destinan a los anormales morales, a los de constitución psicopática y a los lisiados.

Más científica es la gradación sueca:

a) Escuelas para débiles mentales. No se admiten epilépticos ni viciosos.

b) Colocados en familia.

c) Hogares de trabajo.

d) Internados.

e) Asilos para anormales no susceptibles de aprendizaje.

Entre los defectos de la organización norteamericana destaca ad más el de asignar a cada clase 18 alumnos, como en las de *Ungraded schools*, o 24, como en

las *Lower auxiliary schools*. Ese número no permite una enseñanza medianamente eficaz. O no se trata de verdaderos anormales y sí solo de retrasados pedagógicos, o las clases no rinden el beneficio que de ellas hay derecho a esperar.

En nuestra Escuela el máximo de niños con que trabaja cada profesora es de 8 a 10.

Hechos tan indispensables comentarios diremos que el plan de escuelas debe ser en nuestro concepto:

A) Escuelas para oligofrénicos simples:

b) Escuelas para oligofrénicos con trastornos y déficits sensoriales.

c) Escuelas para oligofrénicos con alteraciones éticas.

d) Escuelas para oligofrénicos con síntomas de psicopatía.

e) Escuelas para oligofrénicos con grandes alteraciones motoras.

f) Escuelas para oligofrénicos afectos de enfermedades generales: tuberculosis, por ejemplo.

B) *Anormales que no pueden seguir viviendo con su familia*.—Hemos exteriorizado suficientemente nuestra opinión contraria al internado, por creer que el modelo de los niños deben ser sus padres. Por otra parte, los estudios de Freud, mucho más útiles y prácticos de lo que por acá se admite, acertando a podar exageraciones y sectarismos, demuestran los riesgos que para la sana evolución psicológica representa educarse en ambientes homosexuales.

Los temores gazmoños a la coeducación carecen de fundamento. En la escuela que dirigimos conviven niños y niñas sin que hasta ahora hayamos tenido que arrepentirnos.

En nuestra opinión el internado debe reducirse a los anormales que no pueden vivir en familia por alguna de las siguientes razones:

a) Defectos éticos del niño.

b) Trastornos psicopáticos.

c) Razones de higiene: tuberculosis, por ejemplo.

d) Necesidad de una intervención quirúrgica o de un tratamiento médico especializado.

Bien entendido que en cada internado no deben alojarse sino niños de un tipo.

Los anormales y viciosos sepáranse en todas partes del resto de los niños. Suecia tiene en Salbohed un establecimiento especial para ellos y en Vanesborg otro para niñas.

Traducen bien esta tendencia a subdividir en grupos los internados la ciudad de Nueva York, disponiendo de cuatro internados; Siracusa, para débiles mentales susceptibles de mejora; Roma, para oligofrénicos profundos; Newar, para mujeres débiles mentales, y Letchworth, pequeña aldea, para deficientes.

En el afán de esquivar las nocivas acciones de los internados, en algunos países consideraron el ingreso en ellos como cosa transitoria. Tal ocurre con la *Spanling School* de Chicago. Sus alumnos, en cuanto mejoran de conducta, vuelven a las escuelas corrientes.

Nos permitimos creer, sin embargo, que en lo referente a los anormales pueden obtenerse muchas más

ventajas que con los internados corrientes con la colocación en familias honorables.

Cuando no haya otra solución que transigir con los internados convendrá darles ambiente de hogar haciéndolos pequeños, íntimos, totalmente opuestos por tanto a esos grandes establecimientos a la manera de los de Eggenburg (Austria).

Los grandes internados acaban por no ser en muchos casos sino desagradable mezcla de cárcel, asilo y hospital.

El plan de instituciones destinadas a los anormales incapaces de continuar viviendo con sus familias podría concebirse así:

a) Sistema de colocación en familia de anormales éticos o cuya anomalía es creada o fomentada por condiciones del hogar.

b) Internado para locos morales.

c) Hospitales psiquiátricos para anormales con síndromes psicopáticos: epilepsia, esquizofrenia, etc.

d) Sanatorios para anormales con dolencias somáticas concomitantes: tuberculosis, por ejemplo.

e) Clínicas para anormales necesitados de tratamiento quirúrgico.

UTILIZACIÓN

Salvo algunos casos de hipotiroidismo, de hereditarios, de complejos de Edipo, de complejos de castración y de complejos de inferioridad, el mejoramiento mental no permite el reingreso en las mesnadas del trabajo normalmente retribuido. Ello acarrea la necesidad de un Patronato encargado de ayudar permanentemente al anormal.

En Francia—escogemos este ejemplo por tratarse de una nación latina—Henri Claude (53) piensa que el plan a desarrollar debiera tener por base la creación de los siguientes organismos:

a) *Instituto normal:*

E-cuela normal.

Internado.

Clínica de neuropsiquiatría.

Clases aplicadas: Jardines infantiles para niños educables.

Clases para torpes de oído.

Clases para di-átricos.

Clases para defectivos visuales.

Clases para inestables.

Talleres de trabajos manuales educativos.

Establecimientos de reeducación motora y educación física.

Cursos de gimnasia rítmica.

b) *Clínicas fijas y clínicas móviles, comprendiendo:*

Servicio de examen psicológico.

Servicio de examen biológico.

Servicio de orientación profesional.

Servicio de orientación social.

c) *Comisiones médicopedagógicas:*

Para agrupar psiquiatras médicoescolares y maestros especializados.

d) *Establecimientos de educación especial para:*

I. Retardados pedagógicos.

II. Débiles intelectuales, sin perversión, educables.

III. Débiles intelectuales y sensoriales a la vez.

IV. Dificiles de carácter, perversos.

V. Epilépticos graves.

VI. Encefalíticos.

VII. Enfermizos.

VIII. Anormales profundos.

e) *Centros de trabajo urbano y rural para adultos:*

f) *Reorganización administrativa:*

Como habrán apreciado ustedes, este Patronato tipo Claude facilita más el tratamiento que la tutela. Al contrario de lo que debiera ser.

Importa, sobre todo, atender al desplazamiento social del anormal. En la mayoría de los casos debe encauzarse en el sentido de talleres de remuneración desproporcionada, excesiva. Jornales de cinco a quien legítimamente sólo gana una o dos. Ocupaciones no necesitadas de inteligencia singular.

Sin olvidar que el secreto del éxito, en cuanto con anormales guarda relación, no reside estimular sistemáticamente, sino en imponer misiones asequibles. El resorte del mérito—H. Noll (54)—ha de ser manejado con habilidad.

La terapéutica activa a base de trabajo físico da magníficos resultados. Recuérdense las interesantes experiencias de Veith (55).

En este aspecto conviene no olvidar los consejos de Bappert (56). Muchas veces los oligotróficos son incapaces de realizar esfuerzos corporales intensos. La debilidad intelectual suele ir acompañada de alteraciones somáticas no siempre valoradas con justicia en cuanto a la capacidad de esfuerzo muscular.

Las audacias teóricas, aquí como en todas las cosas, no hacen sino perjudicar.

Crear talleres para anormales remunerados en exceso, con relación al resultado de la labor, constituye una forma dignificante de la caridad.

Estos anormales recibirían del Patronato los beneficios de residencia y trabajo. Aquella en forma de internados o granjas. A la manera de las Colonias americanas.

Cabría también legislar que las grandes industrias tuviesen obligación de admitir para misiones secundarias un número proporcional de obreros oligotróficos. Los anormales absolutamente incapaces vivirían en asilos granjas.

No olvidando nunca el enorme valor educativo derivado de que el enfermo compruebe la utilidad positiva de su labor (Krumegel) (57).

Tal es el panorama de problemas y orientaciones ofrecido actualmente por la lucha contra la anomalía infantil. Descrito someramente.

Deducción clave: Carece de justificación el desaliento de los padres y la inercia actual del Estado español.

Bibliografía.

1. Niffenegger: *Schweiz Zeitsch. f. Gesund. Neitspf.*, VII, núm. 2, 1927.
2. F. Douglas: *Journ. Ment. Sci.*, LXXXV, pág. 646, 1928.

3. Juarros y María Soriano: *EL SIGLO MÉDICO*, número 3.888, 1928.
4. H. Henze: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, Abril 1928.
5. F. Frenzel: «Die Erziehung Bildung und Versorgung anomales Kinder», Halle, 1930.
6. E. Meltzer: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, Abril 1928.
7. A. Gregor: *Zeitsch Psych Hyg I*, 65, 1928.
8. K. Haldschinsky: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, K. Leipzig, 1928.
9. Eliasberg: *Zeitsch Kinderforsch*, XXXIV, pág. 653, 1928.
10. Hevyer y Senin: *Arch. Med. Enf.*, XXXI, pág. 595, 1928.
11. Schwad: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, 1928.
12. Lazar: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, 1928.
13. Freud: *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*, 1905.
14. María Bonaparte: *Rev. Franc. de Psychanalyse*, IV, núm. 1, 1931.
15. E. Benjamín: «Grundlagen und Entwicklungsgeschichte der Kindlichen Neurose», Leipzig, 1930.
16. Juarros: «La crianza del Hijo», Madrid, 1930.
17. Decroly y Buyse: «La Pratique des tests mentaux», París, 1928.
18. P. Schroder: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, 1928.
19. Wasburn: «Genetic Psychol Monographs, VI, 5/6, página 397.
20. C. W. Smith: *Journ. of Genetic Psychol.*, XXXVI, 2, 1929.
21. L. Dugas: «La Psychol et la Vie», III, núm. 12, 1929.
22. Neil A. Dayton: *Americ. Journ. of Psychiatry*, VII, núm. 5, 1928.
23. J. Wintsch: *Schweiz Zeitsch f. Gesundheitspfl*, VII, H., 1927.
24. María Soriano: *Semana Médico-Pedagógica*, Madrid, 1930.
25. Laugier: *Bult. Soc. Franc. de Pedagogie*, XXXI, página 14, 1929.
26. Henyer: *L'Hygiene Mentale*, núm. 3, 1931.
27. Ph. Blanchard: *Mental Hygiene*, XIII, 3, 1929.
28. Juarros y María Soriano: *Revista de Pedagogía*, número 2, 1928.
29. Juarros y Dolores Plaza: *La Melieina Ibero*, 7 Enero 1928.
30. E. Schneider: *Zeitschr f. Angewandte Psychol*, XXXII, 1/3, 1929.
31. Adler: «Praxis und Theorie der Individual Psychologie», Munich, 1920.
32. S. Freudenberg: «Erziehungs und Heilpädagogische Beratungstellen», Leipzig, 1928.
33. Adler: «Le Temperament Nervenx», París, 1926.
34. Reiss: *Psychiatr. Neur. Wochr.*, I, pág. 105, 1929.
35. Ferriere: *Pour L'ere Nouvelle*, VIII, 51, 1929.
36. Hummel: *Arch. f. Kinderheilk*, LXXIV, H. 2, 1928.
37. Juarros y Galarreta: *EL SIGLO MÉDICO*, núm. 3.785, 1926.
38. Juarros y Galarreta: *La Medicina Ibero*, núm. 696, 1931.
39. Juarros: *Archivos Españoles de Pediatría*, 8, 1928.
40. Leopoldt: *Allg Arzt z. Psychother.*, I, pág. 542, 1928.
41. Juarros y Galarreta: *EL SIGLO MÉDICO*, núm. 3.864, 1927.
42. F. Stern: *Vierten Kong f. Heilpädagogik*, Leipzig, 1928.

43. P. Linschmeier: *Zent Schulgesdh Pfl u. Suz Hyg* XLI, pág. 519, 1928.
44. Toulouse Marchand y Schiff: *L'Encephale*, núm. 5, 1929.
45. Henyer y Le Guillant: *L'Encephale*, núm. 2, 1929.
46. Juarros: *Semana Médico Pedagógica*, Madrid, 1930.
47. Sofia Mongenstern: *Rev. Franc. de Psychanalyse*, número 1, 1931.
48. W. Cimbali: «Die Neurosen des Kindelsalters», Berlin, 1927.
49. Pavlow: «Les reflexes conditionels», París, 1927.
50. Bechterw: *Zeitsch f. Neur und Psych.*, Bd. CVIII, página 41, 1927.
51. Goldenfoun: «Th n. 392 de Nancy», 1928.
52. Krasnogorsky: *La Pres. Med.*, núm. 78, 1930.
53. Claude: *L'Hygiene Mentale*, núm. 1, 1931.
54. H. Noll: *Zeitsch f. d. Bhandl Schwachsinger*, XLVII, H. 7, 8, 9 y 10, 1927.
55. G. J. Veith: *Psychiatr Quart* I, núm. 1, 1927.
56. Jakob Bappert: *Hilfschule* XX, H. 6 1927.
57. M. Kraegel: *Zeitsch Kinderforsch*, XXXIV, página 616, 1928.

Divulgaciones científicas de actualidad.

CONCEPTO Y TRATAMIENTO DEL COREA INFANTIL O DE SYDENHAM

POR EL

DR. FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Teniente coronel médico.

Con Klippel designamos con el nombre de coreicos los movimientos involuntarios, relativamente lentos y gesticulatorios, que se ejecutan sin objeto y al parecer sin causa. Tales movimientos torpes, ilógicos, continuados y casi siempre generalizados, se observan lo mismo en reposo que en el movimiento y, generalmente, desaparecen durante el sueño.

De esta forma quedan diferenciados estos movimientos de los atetósicos, de los ticosos y de los mioclónicos, los que, o carecen de alguna de estas cualidades o tienen precisamente las contrarias. Ciertamente que en la definición entran algunos condicionales, lo que significa que en alguna ocasión no será muy fácil precisar con exactitud el carácter coreico o atetósico de una disquinesia; pero en la inmensa mayoría de los casos bastará con lo dicho en la anterior definición para poder afirmar de un modo categórico si los movimientos observados en un enfermo son o no de naturaleza coreica.

Dentro ya del grupo de los coreas nos encontramos con dos grandes cuadros sindrómicos: 1.º, el del corea crónico progresivo de Huntington: enfermedad familiar, hereditaria y endógena, cuyos adjetivos de crónico y progresivo bastan para señalar su curso y pronóstico, dolencia rara en la infancia, frecuente en la edad adulta y en la que a los movimientos coreicos acompaña un estado de debilitación mental muy acentuada cuyo final es la demencia; 2.º, los coreas agudos, tóxicoinfecciosos, curables aunque presenten una tendencia marcada a las recidivas, que si bien se acompañan asimismo de síntomas mentales nunca es con la intensidad en la proporción y con la gravedad que en el corea de Huntington, y que se observan preferentemente en la segunda infancia, adolescencia y en las mujeres durante el embarazo. De ahí los dos cuadros morbosos bien caracterizados al parecer que integran este grupo: el corea menor o

de Sydenham (baile de San Vito), enfermedad infantil bien conocida en su sintomatología y de la que hasta la fecha han sido ignoradas por completo causas y lesiones, hasta el punto de haberla considerado como neurosis, y el corea gravidarum o de las embarazadas, de indiscutibles conexiones con el anterior.

En el presente artículo voy a limitarme a exponer cuál es el concepto que actualmente se tiene del corea minor y de qué medios terapéuticos disponemos para combatirlo.

Aunque hasta principios de este siglo fueron muchos los autores y pediatras que incluían esta enfermedad francamente en el grupo de las neurosis, no faltaron observadores concienzudos que hacían notar el papel indudable de las infecciones en su aparición, llamando la atención, especialmente, sobre las relaciones entre reumatismo y corea, así como sobre la frecuencia con que en los coreicos se encontraban alteraciones valvulares, causadas, sin duda alguna, por una endocarditis infecciosa. Mas como no se encontraban lesiones en los niños fallecidos a causa de corea todo ello no pasaba de suposiciones mejor o peor orientadas, pero sin hecho cierto en que basarlas. Por otra parte, hasta hace poco se ignoraba todo lo que el llamado sistema extrapiramidal pesaba en la génesis y mecanismo de los movimientos, y con las nociones que de éstos se tenían no había forma de explicarse la fisiología patológica de la corea. Fué recientemente cuando los estudios sobre la fisiología de los núcleos grises centrales y, sobre todo, los muy fecundos de la anatomía y fisiología patológicas de la encefalitis letárgica, no han aportado luz bastante para poder darnos cuenta del asiento y naturaleza de las lesiones del corea minor. Hoy día estimamos esta enfermedad como una hiperquinesia con hipotonía de naturaleza toxicoinfecciosa, de causa exógena, si bien los factores constitucionales tienen una gran importancia para su presentación, curso y pronóstico, debida a lesión del sistema nervioso, que se localiza notoriamente en los núcleos optoestriados, sobre todo en el caudal y en el putamen, que se acompaña de meningoencefalitis difusa y curable y con síntomas preponderantes de sistema extrapiramidal a los que se asocian otros de sistema piramidal y algunos generales psíquicos que demuestran cómo participa todo el sistema nervioso central en la enfermedad. Mas no pasan de ahí nuestros conocimientos en cuanto a la etiología de la corea. El reumatismo no basta para aclararla. Es cierto que en el llamado reumatismo cerebral, de pronóstico tan grave, existe una forma coreica, pero entre ella y la corea minor no se encuentran formas intermedias que sirvan como lazo de unión entre cuadros morbosos tan dispares en síntomas y pronóstico. Tampoco la encefalitis tiene relaciones notorias con la corea para pensar en una forma especial de aquélla. Mas bien pudiera pensarse en un virus neurotrópico que penetrara a través de las amígdalas o faringe (frecuencia de anginas al iniciarse la enfermedad) y que tras un período de incubación más o menos largo desencadenara todo el cuadro sintomático. Este virus tal vez no sea único, quizá el mismo del reumatismo, el de la difteria o cualquier otro adquiriera en determinadas condiciones propiedades neurotrópicas, y recientemente se han señalado casos de difteria seguidos de corea. En uno, en el que murió la enferma, se encontraron lesiones en los núcleos estriados y cultivos puros de bacilos diftéricos en el líquido cefalorraquídeo. Hay otra observación muy interesante de 14 muchachas atacadas de difteria con parálisis postdiftérica y corea consecutiva.

No basta el virus neurotrópico; es indispensable que el terreno sea abonado. Es un hecho de observación corriente que la corea es mucho más frecuente en los niños de fami-

lias neuropáticas: abundan los estigmas y los trastornos somáticos y nerviosos de sus progenitores que repercuten en la resistencia del niño frente a la noxa. En los niños se ha encontrado un sistema cardiovascular deficiente y un sistema vegetativo lábil. Mas tan interesantes como los antecedentes son los datos de la catamnesis. Estos demuestran que son frecuentes las recidivas y, además, en gran parte de los casos subsisten tras ornos disquinéticos coreiformes, mioclónicos o tóricos. Parece, además, como si un sistema nervioso ya dañado por el virus coreico quedase hipersensible frente a cualquier otra noxa (alcohol, fatiga, traumatismos, intoxicación gravídica). Por otra parte, es sabido que en la corea de las embarazadas aparece de un modo preferente o casi exclusivo en mujeres que han padecido corea infantil.

* *

Los progresos de la anatomía patológica de esta enfermedad se deben, principalmente, a los realizados en el estudio de las lesiones en la corea crónica de Huntington y otras enfermedades o síndromes debidos a trastornos del sistema extrapiramidal, pues las posibilidades de autopsias en casos de corea minor son muy limitadas. En el corea crónico se comprobó que la hiperquinesia era debida a la destrucción de las células ganglionares del estriatum. Se han buscado lesiones en otros puntos, tales como el tálamo óptico, el glóbulo palidus, el nucleus niger, pedúnculos, cerebelo, etc., siendo muy inconstantes y variables los resultados obtenidos.

Para Moreau, por ejemplo, lo esencial es la lesión del putamen, pero además estarían afectos casi siempre el núcleo caudal y el tálamo óptico, mientras que el glóbulo palidus de ordinario está intacto. De todos modos no se encuentra ninguna lesión focal marcada y constante que pueda estimarse como característica y propia de la enfermedad. Se compagina bien esto con la afirmación de Spatz de que hoy en día no puede aceptarse que exista un síntoma fijo y constante revelador seguro de lesión de un centro o de una vía de conducción determinada. La corea, como todos los síntomas hiperquinéticos, puede ser debida a lesión de las diversas porciones del sistema extrapiramidal. Según el mismo autor la aparición de un síntoma o síndrome cualquiera—y esto ya es noción de patología general—depende de la naturaleza, intensidad y ritmo del desarrollo de la lesión o del proceso morboso, y, por otra parte, de la edad del paciente, de su constitución y, muy especialmente, de la constitución y resistencia del órgano afecto y—en el sistema nervioso central—del grado de automatismo o de dependencia con los centros superiores del sitio atacado.

Así, por ejemplo, las lesiones del estriado no darían lugar a los mismos síntomas cuando aquél se encuentra en período de evolución o cuando está completamente desarrollado; y circunscribiéndose a los cuadros síndrómicos extrapiramidales, dice que si bien en absoluto no es indiferente cuál sea la localización de las lesiones, sin embargo, puede darse el caso de que, lesiones que asientan en diversos puntos del mismo provoquen síntomas análogos, y viceversa. De todos modos reconoce la preponderancia de ciertos síntomas en casos de lesiones de ciertos órganos, y tanto él como otros muchos autores afirman que lo más característico de la corea es la lesión del putamen, mientras que la del núcleo caudal provoca las más de las veces síntomas atetósicos, achacando a la vecindad y parentesco de ambos núcleos la frecuencia con que se combinan los síntomas coreicos con los atetósicos, dando lugar a cuadros mixtos de difícil interpretación.

Al mismo tiempo existirían lesiones de meningoencefalitis difusa y curable, y en líquido cefalorraquídeo se ha encontrado linfocitosis moderada y un aumento en la cantidad total de albúminas.

De la participación de todo el sistema nervioso central en la corea da buena idea la abundancia de síntomas no extrapiramidales que acompañan a los hiperquinéticos coreáticos. Klippel clasifica y enumera dichos síntomas del siguiente modo:

I. Síntomas de irritación piramidal:

1. Debilidad muscular.
2. Hipotonía en los movimientos pasivos, por lo que éstos son más extensos en el lado sano que en el enfermo (hiperextensiones, etc.).
3. Flexión combinada de cadera y tronco y vuelta a la pronación con más rapidez en la mano enferma cuando estando las dos en supinación se las deja abandonadas.
4. Sincinesias.
5. Extensión del dedo gordo (Babinski) y signo del abanico en los dedos del pie.
6. Alteración de los reflejos (disminuidos, abolidos o exaltados).
7. Trepidación epileptoidea.

II. Signo de cerebelo:

1. Asinergias.
2. Errores del tacto (prueba de la prensión).
3. Adiadococinesia (imposibilidad de repetir con rapidez movimientos opuestos, flexiones y extensiones, pronaciones y supinaciones, etc.).

Se ha insistido también, recientemente, en la importancia de los síntomas psíquicos, que son los que inician el cuadro sintomático de esta dolencia y que pueden resumirse del siguiente modo:

1.º Trastornos de la inteligencia: aproxiésia o falta de atención.

2.º Trastornos de la afectividad: cambio de carácter, irritabilidad anormal, aislamiento del niño.

Junto con éstos se observan laxitud, inapetencia, anemia y dolores vagos de los miembros, signos éstos que son los propios de toda infección generalizada en sus comienzos. Se ha llamado la atención sobre la frecuencia con que algunos de los síntomas psíquicos persisten durante tiempo y a veces durante toda la vida. En la intensidad y persistencia de tales síntomas influye mucho la constitución del niño atacado, así como la disminución de resistencia de su sistema nervioso por causas que hayan actuado después del nacimiento.

* *

En cuanto al tratamiento de esta enfermedad no son demasiados los progresos efectivos realizados, aunque se han hecho serios intentos, algunos que merecen mención muy especial. Desde luego apenas tienen más valor que el histórico los tratamientos por la estricnina, preconizada por Tronseau para convertir las convulsiones tónicas en clónicas y cansar de este modo al músculo, y por la picrotoxina, recomendada con iguales fines. Son medicamentos con los que no se obtiene ventaja alguna para el enfermo, pero que pueden dar lugar a graves intoxicaciones, por lo que no hay que pensar en ellos. Lo mismo ocurre con ciertas sustancias recetadas a título de paralizantes, como, por ejemplo, el sulfato de eserina, con el que algunos afirmaban haber reducido la duración de la enfermedad a ocho días, y que si se administra a dosis débiles no produce más que vómitos y lipotimias, y recetado a dosis fuertes es muy peligroso y tampoco reporta ventajas. Pertenecen al mismo grupo y

deben citarse con idéntica repulsa la propilamina, el haba del calabar, la cicuta y el curare.

Del grupo de los antiespasmódicos se han utilizado, sin resultado alguno, la valeriana, el bromuro de alcanfor y todos los bromuros en general, el óxido de cinc, la belladona, la asafoetida, el almizcle y el castoreo. Pero dentro de los alcaloides del grupo de las belladonas y sus similares merecen citarse por sus efectos pasajeros, pero utilizables en determinadas ocasiones, la hioscina, la hiosciamina y la escopolamina. Como medicamentos peligrosos sólo se recurrirá a ellos en caso de evidente necesidad por una intensa intranquilidad motora que haya resistido a otros medios.

Cuando se pensó en tratar el tétanos por medio de las inyecciones intrarraquídeas de sulfato de magnesio, se quiso hacer extensivo este tratamiento a la corea fundándose en groseras analogías entre los movimientos coreicos y las convulsiones tetánicas. Es medio molesto que ofrece dificultades técnicas en estos pacientes y que no da resultados. Citemos también como medios poco recomendables los opiáceos, las sales de quinina, el cloral y otra porción de hipnóticos (paraldehído, sulfonal, etc.) utilizados de modo sistemático, y la antipirina y sus derivados. Sin embargo, estos últimos han sido muy empleados, sobre todo a fines del siglo pasado y comienzos del actual, asociándose de ordinario la antipirina con el arsénico. En honor a la verdad hay que reconocer que su eficacia era escasa, aunque no tanta como la de otros remedios citados, y sus riesgos no eran menores, especialmente cuando el corazón no ofrecía las garantías debidas.

Lo mismo que en todas las enfermedades cuyo tratamiento es tan deficiente, se ha ensayado en ésta la proteínoterapia, y merecen citarse los ensayos de piroterapia llevados a cabo con vacunas antiestafilocócicas o con cultivos filtrados de estafilococo, con los que se creyó obtener apreciables resultados.

Recientemente se ha utilizado como antiespasmódico el gardenal o luminal, en dosis de 0,05 por día para niños de cinco a diez años, sin que tampoco hayan sido demasiado satisfactorios los resultados. No obstante, como auxiliar eficaz para una agravación de los trastornos motores puede ser útil.

El arsénico sigue siendo uno de los mejores medicamentos que poseemos. Se recomendó desde muy antiguo a título de alterante y para mejorar el estado general del paciente, siendo la fórmula más frecuentemente empleada la del licor de Fowler en la consabida forma de comenzar por pocas gotas, V a VIII gotas en los niños de más de cinco años, que es la edad en que comienza a observarse esta enfermedad, aumentando hasta la de XVIII a XX gotas, etc., según la edad y tolerancia del paciente, y volviendo a disminuir. Al interior puede darse también el licor de Boudin, la disolución de arseniato sódico, los gránulos de ácido arsenioso y otros preparados. Como este medicamento puede provocar síntomas de intolerancia por parte del aparato digestivo, se pensó en recurrir a las inyecciones, sobre todo desde que se introdujo en la terapéutica el uso de los cacodilatos y similares. A las inyecciones subcutáneas de estos compuestos siguió el de las intravenosas de salvarsán y sus derivados, muy especialmente del neosalvarsán. Parece ser que con estos remedios se obtienen resultados muy satisfactorios, y hoy día se prefieren de ordinario las inyecciones intravenosas de cacodilato, que tan buenos resultados dan en otras enfermedades del sistema nervioso, sobre todo para combatir trastornos de lo motor.

Por sus parentescos más o menos probables con el reumatismo articular agudo se pensó en el salicilato sódico

como remedio contra la corea. Hay que reconocer que en la forma corriente de administración por vía oral los resultados no han sido mejores, ni siquiera iguales, a los obtenidos con la antipirina y sus similares, por lo que se había abandonado este medicamento; pero al haberse recientemente de posibles relaciones con la encefalitis letárgica y con las encefalitis gripales, volvió a ponerse en moda, si bien cambió la forma de administración, recurriéndose ahora a las inyecciones intravenosas. Son muy dispares los juicios emitidos acerca de sus resultados, y si recordamos que todas las medicaciones, aun las más absurdas, cuentan siempre con éxitos en el comienzo de su aplicación, no se nos motejará de escépticos si no nos sumamos al coro de sus más fervientes admiradores, y sólo recurriremos al salicilato cuando hayamos visto fracasar los arsenicales, a los que debemos recurrir siempre antes.

Recientemente se ha introducido en la terapéutica de la corea un nuevo remedio, en el que se han fundado grandes esperanzas: aludo al nirvanol. Es un derivado de la hidantoína, la feniletihidantoína, que se presenta en forma de prismas aciculares, blancos, inespídeos, fusibles a 200° y poco solubles en el agua, a la que comunican su acidez. Calentando el nirvanol con cal toma un color violeta y desprende propiofenona y amoníaco. La hidantoína a su vez es una substancia capaz de desdoblarse en urea y ácido glicólico y se produce al tratar la aloxantina por el ácido yodhídrico.

Esta substancia se administra en dosis de 0,15 gramos, dos veces al día, hasta que aparecen los síntomas de intolerancia, que son el exantema y la fiebre, cosa que ocurre de ordinario a los diez o doce días. Entonces se suspende y se presentan sus beneficiosos efectos, que se revelan por una mejora rápida de los trastornos motores. Parece ser que la acción curativa del nirvanol no se debe a los efectos sedativos de sus componentes, pues en tal caso se precisarían dosis mayores, sino a esta propiedad de producir la llamada saturación de nirvanol, que se reconoce por la aparición de la fiebre y del exantema. Este último puede faltar en algunos casos raros, pero la fiebre es constante. Esta enfermedad de saturación por nirvanol sería, según algunos autores, análoga a la enfermedad del suero y precisaría siete a doce días para presentarse. Junto con la fiebre y con el exantema, que puede ser morbiliforme o escarlatiniforme, aparecerían edemas de cara y párpados y conjuntivitis con fotofobia. Durante el período que pudiéramos llamar prodrómico se produciría una alcalosis con pérdida de iones Ca, seguida de una acidosis origen del exantema. La alcalosis inicial se acompañaría de un aumento de la excitabilidad neuromuscular y de hipersensibilidad de los centros vegetativos y al aparecer la reacción anafiláctica se observarían tenesmo, diarreas, hipotensión, etc. Ahora bien, en los niños con labilidad anormal del sistema nervioso vegetativo, en los que se encuentran en período puberal y tal vez en ciertas épocas del año (primavera), la intensidad de estos síntomas anafilácticos sería tan exagerada que pondría en peligro incluso la vida del paciente. Pero además se ha visto que después de ceder los síntomas de intolerancia, e incluso los de la enfermedad, sin administrar nuevas dosis de medicamento podrían presentarse recaídas en la llamada enfermedad del nirvanol, recaídas que tendrían una gravedad insospechada. La sensibilización por los rayos actínicos tiene un gran papel en estas recaídas.

Por todas estas razones, parece lo más acertado reservar el nirvanol para el tratamiento de los casos graves de corea, no utilizarlo más que con la debida vigilancia y nunca cuando el niño haya de quedar algún tiempo fuera de nuestro radio de acción, es decir, que seremos muy cautos antes de

prescribirlo en la terapéutica domiciliaria y nos abstendremos de hacerlo en las consultas públicas o privadas, en las que el médico pierda de vista al enfermo, y no daremos de alta a éste hasta que hayan transcurrido cinco a seis semanas después de la última dosis de medicamento, a fin de evitar el peligro de las recaídas graves cuando menos se esperen. Con todas estas restricciones y no rebasando las cifras de 3 a 4 decigramos diarios (al comienzo se prescribían dosis mayores), sea por vía oral, sea en inyección intramuscular, puede y debe recomendarse el nirvanol para tratar los casos graves de corea en los que fracasan los remedios usuales.

Como medicaciones coadyudantes, mencionaremos los tónicos cardíacos y en este concepto vuelve a utilizarse la estriénina y los baños tibios y prolongados.

Citaré por último la punción lumbar recomendada en los casos graves.

El tratamiento higiénico se reduce a la dieta nutritiva rica en frutas, harinas, leche sin exceso y grasas, y pobre en carnes; al reposo más completo alejando al niño desde el primer momento de todo trabajo y evitándole toda represión, al aire libre y al ambiente sosegado y sereno. Permitiremos que el niño esté levantado y que pasee moderadamente en los casos leves y restringiremos el movimiento conforme se acentúe la gravedad del caso. Inútil es decir la necesidad de lecho bien mullido y seguro en casos de intensa agitación. Si hay insomnio se combatirá recurriendo a los hipnóticos con todas las garantías y precauciones. Durante la convalecencia será conveniente una gimnasia moderada para reeducar movimientos.

En resumen: arsénico en todos los casos, antiespasmódicos y moderadores del movimiento, según la gravedad en este orden: bromuros, antipirina, luminal, escopolamina con o sin morfina, hipnóticos moderados (enemas de cloral), si el insomnio fuera rebelde, y en caso graves, nirvanol con exquisita vigilancia. Y en todos ellos el tratamiento higiénico dietético conforme a lo anteriormente expuesto.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL MILITAR DE MADRID CARABANCHEL

Servicios de Fimatología del Dr. Valdés Lambea.

SESIÓN DEL DÍA 11 DE DICIEMBRE DE 1931

LAS CURACIONES SORPRENDENTES DE LOS TUBERCULOSOS Y EL CAMPO DE ACCIÓN DEL NEUMOTÓRAX

Dr. Moreno Cobos.—Es indudable que constituye el neumotórax artificial una de las más importantes adquisiciones de la fisiología. El neumotórax ha resistido a la prueba del tiempo. Es capaz de resolver el problema en casos que parecen perdidos y de conseguir verdaderas resurrecciones. Se han hecho muchas objeciones al método, fundándose en que los resultados lejanos no son tan brillantes como los inmediatos, y diciendo que a veces el final es de-astroso a la larga. No podemos, de todas maneras, dejar de considerar el neumotórax como un proceder útil, especialmente teniendo en cuenta la escasez de remedios eficaces. Es muy interesante la cuestión de la supervivencia, que puede conseguirse muchas veces con el neumotórax. Cuatro o cinco años pueden bastar para que un obrero deje a sus hijos en edad de ganarse la vida. La frecuencia con que desaparece la expectoración tiene importancia, pues el enfermo neumotizado deja de ser contagioso.

Yo he hecho estos comentarios a propósito de un caso

brillante estudiado en el Servicio. El enfermo, de veintidós años, dos después del tratamiento, ha recuperado su capacidad de trabajo, pudiéndose hablar de curación clínica. Dos meses antes de ingresar tuvo hemoptisis, anorexia y cansancio. Se le exploró, obteniéndose una radiografía y viéndose en ésta una infiltración extensa y ulcerada del pulmón derecho y una imagen nodular fina, bastante extensa y regularmente disminuida en el pulmón izquierdo. 3.900.000 de hemafes y 9.400 leucocitos con 72 pol nucleares neutrófilos, un eosinófilo, 23 linfocitos, 4 monocitos y 76 por 100 de hemoglobina. Velocidad de sedimentación, 24, y Koch positivo. Esto fué en Julio del 1928. Pocos días después se le hace un neumotórax. Permanece el enfermo en la Clínica unos meses, sosteniéndole el tratamiento, y marcha a un Sanatorio popular. Está en él ocho meses y se reintegra a su profesión de mecánico. El 21 del mes pasado vuelve al Servicio y parece otro hombre: no hay síndrome general de toxemia ni sintomatología auscultatoria. La radiografía está limpia y sólo vemos algunos nódulos calcificados en la región infraclavicular.

Las sombras radiográficas de pequeños elementos regularmente distribuidas interpretanse como granúlicas, siendo su localización intersticial y su origen hematógeno, según Letulle y Bezançon. Podríamos hablar de granulía parcelaria, empleando la frase de Valdés Lambea. Tengamos en cuenta las imágenes micronodulares posthemoptoicas, de las cuales se ha ocupado Cardis en un trabajo reciente; pero esto no va con nuestro caso.

Con cierta frecuencia desaparecen las lesiones contralaterales en el curso del neumotórax. Esto es debido para algunos a que el neumotórax suprime el foco principal, desintoxicándose el sujeto, y para otros el neumotórax actúa sobre el lado opuesto a través del mediastino. Hay un trabajo muy interesante de Epifanio, del 1922. Es el fundamento del neumotórax contralateral, y a este respecto Fichera y Giupida han publicado cuatro casos con resultados inmediatos alentadores.

Algunas veces el tratamiento higiénico conduce a resultados sorprendentes. Un enfermo de Jacob tiene lesiones destructivas en un lado y una infiltración en el opuesto. A los seis meses ha desaparecido la imagen cavitaria, y a los diecinueve el peso ha aumentado 10 kilos y la sintomatología auscultatoria es casi nula, coincidiendo todo ello con una mejoría radiográfica muy grande. Otra enferma tiene lesiones bilaterales e imagen cavitaria con nivel en el lado derecho. Iba a hacerse un neumotórax, pero se espera y dieciséis días después la radiografía sólo descubre una mancha redondeada de contornos borrosos, y en los esputos no hay bacilos. ¿Qué diríamos si en estos casos hubiésemos empleado el neumotórax o un tratamiento sin actividad?

Cardis, ya citado, ha presentado varios casos de regresiones rápidas muy acentuadas.

Algunas veces, después de la aparición del exudado, durante el curso del neumotórax, regresan las lesiones, y este resultado beneficioso se ha querido explicar por la mejor compresión del líquido en relación con el gas. En otras ocasiones, como en los enfermos de León Bernal, el exudado originó una sínfisis progresiva, no pudiéndose continuar el neumotórax, y a pesar de ello se consiguió un buen resultado: en un enfermo el neumotórax sólo duró dos meses. Se ha pensado también que las pleuritis esclerógenas son el punto de partida de una esclerosis pulmonar difusa curativa. El problema se complica considerando los cuatro casos publicados por Couland: las lesiones mejoraron consecutivamente a un derrame del lado sano, y de estos cuatro enfermos dos eran portadores del neumotórax.

Al discurrir sobre los buenos efectos de este proceder no olvidemos que diversos factores más o menos ajenos al método pueden intervenir en los resultados. No perdamos de vista los de la evolución espontánea ni que una complicación, como el derrame pleurítico, puede actuar favorablemente sobre el lado opuesto.

Se impone la mayor cautela al juzgar los defectos de tanto producto como se emplea en la terapéutica de la tuberculosis.

El neumotórax es una de las armas más poderosas de que disponemos actualmente. Ante un enfermo con lesiones unilaterales precoces, neumotórax precoz, menos cuando el enfermo pueda esperar en condiciones sumamente favorables. Este era mi criterio hasta hace poco tiempo; pero hoy los brillantes resultados de la frenicectomía, sola o asociada al neumotórax, me han hecho variar de manera de pensar.

Dr. Bravo.—No hay que sorprenderse por la evolución de algunos casos sin el empleo del neumotórax, ni esto debe bastar para negar la eficacia del método. Yo deseo saber si es indispensable el empleo de la inyección previa de oxígeno y de los inconvenientes de la inyección del aire.

Dr. Maisterra.—Deseo conocer la opinión del Dr. Valdés Lambea sobre el empleo del oxígeno, del nitrógeno y del aire, especialmente en función de los exudados.

Dr. Villalobos.—En un caso con derrame pleural extenso las lesiones del pulmón siguieron buena marcha.

Dr. Moreno Cobos.—A veces nos preguntamos ante un enfermo determinado lo que hubiera sucedido de no emplear el neumotórax, y este mismo problema nos plantean todos los tratamientos. El peligro de la punción del pulmón es muy pequeño si no se inyecta aire, y si se inyecta varía el asunto según se pinche un vaso o no se pinche. Yo al principio empezaba con oxígeno y seguía con nitrógeno. Hoy empleo aire. Es suficiente que el aire esté a la temperatura de la habitación.

Dr. Valdés Lambea.—Ha hablado Moreno Cobos de la diferencia entre los resultados inmediatos y los lejanos. Si hubiera semejanza entre ellos sería el neumotórax el único tratamiento de la tuberculosis. Pero desgraciadamente dichos resultados son con frecuencia discordantes. El enfermo, a las pocas semanas del neumotórax, cambia, desaparece la toxemia, engorda, se hace otro hombre. Luego, tardíamente, se tuerce la buena marcha del asunto, a menudo por la intervención del derrame pleural. Yo temo a esta complicación, que para mí es frecuentísima. De esta frecuencia no se tiene idea exacta más que buscando sistemáticamente los exudados con los rayos X. Para mí el elemento fundamental en la patogenia del exudado es la hiperpresión, el mal desarrollo del neumotórax. Afortunadamente, hoy evitamos las grandes presiones y procuramos hacer en cada caso el neumotórax óptimo, según la frase justa del Dr. Bravo. Cada enfermo tiene su neumotórax óptimo (yo me refiero a la presión, a la cantidad de gas), y no es posible dar reglas generales. A veces basta una presión insignificante, una inmovilización parcial ligera. En otros casos la presión ha de ser mayor. Las lesiones recientes, blandas, pulmones con poco tejido conjuntivo, mejoran con presiones pequeñas. Los pulmones duros necesitan presiones mayores.

Estamos obligados los médicos de esta generación a laborar por la popularización del neumotórax. Mientras este siga siendo patrimonio de unos cuantos virtuosos de la aguja y del manómetro no rendirá el procedimiento. Poner el neumotórax en manos de unos cuantos especialistas es algo así como hacer que la digital y la quinina sólo puedan ser manejadas por unos cuantos médicos. El neumotórax, yo entiendo que debe entrar en la práctica corriente, si bien

para ello es necesario que se eleve la cultura fimatológica general, e indispensable la posesión de aparato de rayos X. Hoy no es posible hacer una clínica racional y científica sin la práctica de la exploración radiológica.

Los accidentes y los peligros inmediatos por el neumotórax son muy pequeños. A mí, personalmente, nunca me ha pasado nada. No hay que asustar a los neófitos hablándoles de muertes repentinas, posibles, pero rarísimas; pero hay que decir a los médicos generales que no se debe abusar del neumotórax, que es un procedimiento muy molesto, muy caro y que, hay que repetirlo, los resultados lejanos del neumotórax artificial son con frecuencia muy distintos de los resultados próximos. El valor del neumotórax desde el punto de vista de la lucha antituberculosa aumentará mucho popularizando el método. Lanzarse de primera intención, sin un estudio suficiente, a neumotorizar al enfermo, es pocas veces ensato. Pero las indicaciones del proceder son más amplias de lo que se decía al principio. Pequeños neumotórax hipotensivos, un neumotórax bilateral, el neumotórax combinado con la frenicectomía, nos permiten extender las indicaciones y las aplicaciones del procedimiento.

El problema de las posibilidades de la curación es muy interesante. A veces enfermos que parecen perdidos se curan con tratamientos ligeros que han actuado de un modo verdaderamente maravilloso. Yo, como otros, he visto enfermos con procesos granúlicos que se han curado con tratamientos simples. Otros enfermos semejantes se han curado también con inyecciones de hiposulfito de oro y de sodio. La evolución natural favorable y sorprendente de algunos procesos tuberculosos nos hace vacilar muchas veces al juzgar sobre los resultados de los procedimientos terapéuticos. Este granúlico, cuya radiografía presento, ¿se hubiera curado de igual modo sin las inyecciones de thiosulfato? El otro enfermo de granulía parcelaria, ¿se hubiese curado también sin estas inyecciones? Al enfermo de Moreno Cobos no se le inyectó ningún medicamento; se hizo un neumotórax mal planteado y mal seguido, y se curó. *Ignoramus ignorabimus*. La inmensa mayoría de las veces nos quedamos sin saber lo que ha pasado, por qué ha ocurrido y lo que hubiese sucedido sin emplear el medicamento.

Estos problemas adquieren más importancia en los estadios iniciales de la tuberculosis de los pulmones. En estos casos, ¿proponemos un neumotórax, una frenicectomía, inyectamos oro o nos conformamos con un tratamiento higiénico? La buena preparación teórica del clínico y su experiencia decidirán. Pero téngase en cuenta la grave responsabilidad que contraemos si por perder la oportunidad del neumotórax o de la frenicectomía dejamos que el enfermo entre en la tisis. Hay que intervenir oportunamente con el neumotórax o la frenicectomía para evitar la ulceración de la lesión, que los gérmenes se dispersen. La responsabilidad de los médicos generales, mal enterados de estos asuntos, que dan consejos torpes e imprudentes a los enfermos, es muy grande.

Perdemos el tiempo hablando de las ventajas del aire caliente. No estaría bien inyectar aire a 0°, pero no perjudica el de la habitación. Yo nunca he empleado más que aire.

En mi práctica tiendo cada vez más a substituir el neumotórax por la frenicectomía. Hay que procurar hacer los neumotórax indispensables, pero ni uno más. Yo hago mucho frenicectomías y neumotórax complementario, frenicectomía de un lado y neumotórax del opuesto. También, frecuentemente, termino el tratamiento por el neumotórax con una frenicectomía.

Este asunto de la punción del pulmón yo le he estudiado bastante en perros y en conejos. Tiene pocos peligros la punción pulmonar. Para matar a los perros por embolia gaseosa se precisa inyectarles en la safena una gran cantidad de aire.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

ANUARIO MÉDICO DE ESPAÑA 1930-1931.

Hemos recibido el tomo, muy bien encuadernado, que acaba de publicarse de este Anuario. Está perfectamente editado, bien impreso y dividido por materias siguiendo un orden relacionado con cada punto de los que trata.

Sería nuestro deseo dar un detalle de cada uno de los capítulos en que se divide esta obra; pero daría lugar a un trabajo demasiado extenso. Por ello sólo hacemos constar que en esta obra están recogidos datos muy interesantes, bien ordenados y útiles para consultar en cualquier momento el domicilio, tanto en Madrid como en provincias, de un médico, farmacéutico, veterinario, practicante, académico, etc. El domicilio de los Colegios de médicos, las Facultades, con los catedráticos que forman el Cuerpo, los Hospitales con su personal, sanatorios, clínicas, etc., etc. Nos limitamos, pues, a transcribir el índice general. Primera parte: Artículos científicos acerca de novedades médicas en el año 1930. Organización sanitaria nacional; Academias y Facultades; Colegios y Sociedades de profesionales; hospitales; establecimientos balnearios con clasificación y composición de las aguas; codex terapéutico de las aguas minero-medicinales y radioactivas españolas; clínicas, sanatorios y dispensarios (de Madrid y provincias), manicomios; laboratorios, especialidades farmacéuticas registradas en España; Prensa médica; representantes y concesionarios. Segunda parte: Legislación española, 1929 y 1930. Tercera parte: Directorio general de médicos, farmacéuticos, veterinarios, odontólogos, practicantes y matronas (de toda España); Directorio general de especialidades: Aparato digestivo, Cirugía general, Dermatología, Sifiliografía y Vías urinarias, Laboratorio y Bacteriología, Oftalmología, Otorrinolaringología, etc.

Repetimos francamente, es una obra útil para consultas, tanto para los médicos como para los farmacéuticos, productores, representantes y cuantos tienen con la Medicina alguna intervención.

SIC.

TRATADO DE PATOLOGÍA INTERNA, publicado bajo la dirección de los Dres. Enrique Laffite, C. Laubry, C. Vincent.

Tomo III: «Enfermedades del corazón y de los vasos», por Carlos Laubry, con la colaboración de los Dres. Daniel Bontier, J. Walser, Ed. Doumer. Un hermoso tomo de 1.200 páginas, ilustrado con 242 figuras intercaladas en el texto y 10 hermosas láminas en color fuera de texto. Traducido por el Dr. Manuel Salvat, de la casa editorial Salvat, S. A., 1931.

La aparición esperada de este tercer tomo supera a los anteriores, que forman entre todos una obra *práctica y completa* en que están expuestos los últimos y más modernos estudios de patología y clínica, avalorados por las demostraciones de anatomía-patología que en forma gráfica ilustran esta obra, siendo toda ella un verdadero acierto en publicación.

Comienza este tomo en su primera parte Generalidades, Semiología, por Carlos Laubry y Daniel Bontier. Embriolo-

Fórmula: Yodoyoduro de potasio y hamamelidina

A/D



IODAMÉLIS

Específico cardio-vascular total

en los

**Arterio-Esclerosicos
uricemicos
hyperviscosos**

en los

**Hipertensos venosos
cyanoticos
varicosos**

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

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

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

Ayuntamiento de Madrid

ESTOMAGO

SAL

DE

H U N T

GRANULADA FRIABLE

Regulador normal de la acidez gástrica.
Apósito calmante de la mucosa estomacal.

**HYPERCHLORHYDRIA,
GASTRALGIAS, FERMENTACIONES ÁCIDAS**

Acción cierta. — Uso práctico. — Innocuidad absoluta.

LABORATORIO ALPH. BRUNOT, 16, RUE DE BOULAINVILLIERS, PARIS

Muestras y literatura: JUAN MARTÍN, Alcalá, 9. — MADRID

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 estircina.

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Ayuntamiento de Madrid

gía Anatomía y Fisiología. Sigue la semiología objetiva y la funcional y los signos generales.

En la segunda parte Los grandes síndromes de lesión regional. Primero las Arritmias, por Carlos Laubry y Daniel Routier. Síndromes pericardíacos, endocardíacos y miocardíacos.

La tercera parte, Cardiopatías específicas, por Carlos Laubry y Daniel Routier, comienza por el Reumatismo cardíaco. Sífilis del corazón. Tuberculosis del corazón. Corazón senil e infarto del miocardio. Parásitos del corazón. Tumores del corazón y del pericardio, terminando por los Traumatismos cardíacos.

Cuarta parte. Neurotomías cardiovasculares, por Carlos Laubry y Juan Walser.

Quinta parte. Afecciones congénitas del corazón, por Carlos Laubry y Daniel Routier.

Sexta parte. Insuficiencias ventriculares, por Carlos Laubry y Daniel Routier.

Enfermedades de los vasos:

Primera parte. La tensión arterial y sus trastornos, Esfigmomanometría clínica, por Carlos Laubry y Eduardo Doumer.

Hipertensión arterial, por Carlos Laubry y Eduardo Doumer.

Hipotensión arterial, por Carlos Laubry.

Enfermedades de la aorta, por Carlos Laubry y Juan Walser.

Patología de las arterias periféricas, por Carlos Laubry y Juan Walser.

Patología de las venas, por Carlos Laubry y Juan Walser.

Por esta rápida enumeración que hacemos del contenido de este tomo se comprenderá su gran importancia. Todos los asuntos están tratados con gran maestría y con un carácter práctico y clínico completo, que hace imprescindible su lectura a los médicos que deseen estar al corriente de estos estudios para poder ser útiles en el ejercicio de la profesión a sus enfermos, que con tanta frecuencia, desgraciadamente, encontrarán en la práctica diaria.

La obra está, como ya dijimos al ocuparnos de los tomos anteriores, lujosamente presentada por la acreditada casa editorial de Salvat, que merece nuestra sincera felicitación. La traducción es correcta como sabe hacerlo el Sr. Salvat, y sólo me resta recomendar su adquisición a mis compañeros en la seguridad que me lo agradece.

DR. B. HERNÁNDEZ BRIZ.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

R. Batlle. A PROPÓSITO DE CUATRO OBSERVACIONES DE EVACUACIÓN EXTEMPORÁNEA DEL ÚTERO POR INFECCIÓN AMNIÓTICA.—La infección amniótica, llamada también antiguamente descomposición pútrida del líquido amniótico, ha sido siempre temida por sus efectos funestos, y se la atribuía a un factor puramente mecánico de surmenage obstétrico producido por anomalía en la duración o en la intensidad del trabajo (fiebre del trabajo).

No puede negarse que la duración anormal del trabajo tiene muchas relaciones con la infección amniótica por establecimiento de un verdadero círculo vicioso; un trabajo largo favorece la infección si el huevo está abierto; la infección tiende a invadir la fibra uterina y produce en ella un estado de entorpecimiento; esto da lugar a que el trabajo

se haga todavía más lento, y la lentitud del trabajo crea otra vez condiciones favorables a la infección.

Los gérmenes susceptibles de provocar la infección, múltiples y de ordinario asociados, pueden penetrar en la cavidad amniótica con integridad anatómica de las membranas, pero el factor etiológico más importante es la desaparición de la barrera membranosa por su rotura intempestiva que deja abierta la puerta a la infección del huevo. La rotura de las membranas facilita la infección, en primer término, de una manera mecánica por supresión de la barrera que constituyen las membranas y el tapón mucoso, por estancamiento del líquido detrás de la presentación, dificultando la salida y por prolongación del trabajo; en fin, también queda facilitada la infección porque el derrame del líquido amniótico alcaliniza el flujo vaginal que, al perder su acidez, hace perder a las vías genitales un factor importante de su defensa.

Para la madre, los principales peligros se hallan constituidos por la inercia uterina y sus consecuencias, por la tendencia al fisómetra en las formas avanzadas y porque la infección intraovular es un cebo para la del post partum. Para el niño el pronóstico es también grave, pues si algunos de ellos parecen no resentirse de haber permanecido en un medio infectado, otros mueren de infección pulmonar al poco tiempo del nacimiento, siendo para estos niños la morbilidad el 25 por 100 y a mortalidad el 20.

La línea de conducta que debe seguirse en estos casos es muy sencilla: en cuanto aparecen los primeros signos de infección amniótica es preciso intervenir y terminar el parto en beneficio de la madre y del niño. Fuera de aquellos casos en que por ser la infección muy considerable y hallarse el útero distendido por la putrefacción haya que practicar una histerectomía o la amputación de Porro, en todos los demás se intervendrá por la vía baja, teniendo en cuenta la vida del feto y su situación en el conducto genital; para un feto vivo se intervendrá por fórceps o versión; para un feto muerto se dará preferencia a la embriotomía. Pero en todos los casos se halla indicado vaciar el útero.

Muchas veces por no ser suficiente la dilatación habrá que completar ésta artificialmente para poder llevar a cabo la intervención; en tales casos debe darse la preferencia al método de Paul Delmas sobre todos los restantes: método de Bonnaire y sus variantes, balones, incisiones del cuello o cesárea vaginal; sobre todo para estos últimos procedimientos habrá que tener en cuenta que se trata de operar en un medio séptico.

La ventaja principal del método de Paul Delmas (dilatación manual bajo raquianestesia) es la rapidez con que puede llegarse a la dilatación completa, siempre que se trate de un cuello dilatado, pues la raquí, suprimiendo toda tonicidad cervical, ensancha considerablemente los límites de la dilatabilidad del cuello. Además de la rapidez—cosa importantísima aquí para la madre y el hijo—, tiene el método de Delmas la ventaja de que la raquianestesia aumenta la retracción uterina, evitando la inercia y la exposición consiguiente a los accidentes hemorrágicos. (*Gazete des Hôpitaux*, núm. 4, 14 de Enero de 1931).—T. R. Y.

Pedro B. Landabure y Félix Puchulu.—EL EMPLEO DE LA INSULINA EN LA DIABETES INFANTIL.—Las dosis de insulina en los niños diabéticos varían según el caso clínico particular y el momento evolutivo del mismo.

La mayoría de los enfermos han regularizado su tratamiento con dos o tres inyecciones de insulina al día; pocos necesitaron cuatro. Es raro que los niños diabéticos vivan sin insulina.

La generalidad de estos casos, como todas las diabetes graves, presentaron curvas de glucemia distintas, y aun en el mismo individuo, por cuya razón no resulta posible inducir un tipo de curva más o menos general.

En algunos niños se han podido corregir los síntomas de hipoglucemia o algunas glucosurias, modificando la relación horaria clásica entre la inyección de insulina y la ingestión alimenticia.

Con la distribución proporcionada de las comidas y la adecuación de la insulina a las mismas, se suelen suprimir glucosurias, mantener la glucemia dentro de límites próximos a la normal y prevenir la hipoglucemia. (*La Sem. Méd.*, de Buenos Aires, núm. 7, 1931.)

Ravaut, Rabeau y Didier Hesse. NUEVO PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES CHANCROSAS. LA INTRAEPIDERMIOINOCULACIÓN DE PRODUCTOS FRESCOS.—En el curso de las investigaciones efectuadas por los autores sobre la virulencia de las lesiones del chancro venéreo han podido comprobar que si, en lugar de reinocular por medio de escarificaciones como se hace comúnmente, se introducen rigurosamente en la epidermis estos productos, los resultados son positivos en mucho mayor número de casos.

Después de algunas comunicaciones presentadas sobre esta cuestión a la Sociedad francesa de Dermatología en el corriente año, basadas principalmente en el estudio de casos concretos y limitados, en el trabajo que extractamos efectuaron su estudio de conjunto deducido del examen de 33 enfermos.

Técnica.—Si se trata de un chancro o de una lesión sospechosa, se raspa su superficie y con un vacinostilo se extrae materia de los repliegues, diluyendo esta exudación en su volumen de agua. Si se trata de un bubón cerrado se aspira preferentemente con una piveta o si no con una jeringa provista de una aguja gruesa algunas gotas de pus. Si el bubón está abierto se raspa con una cucharilla las paredes del absceso. Por último, si se trata de la investigación en los portadores de gérmenes se raspa con un vacioetilo recubierto de algunas gotas de agua la superficie de las mucosas genitales.

Estos exudados pueden ser empleados puros, lo que es preferible por la riqueza en gérmenes, o diluidos si se sospecha demasiado abundante la flora saprofita y se teme por ende que pueda dar lugar a lesiones muy extensas.

Los productos obtenidos de este modo son inyectados en el enfermo mismo por medio de una jeringa de Barthelemy y una aguja extremadamente fina. Insisten los autores mucho en la necesidad de hacer una inyección estrictamente intraepidérmica. La dosis inyectada es la de tres a seis divisiones en la ya citada jeringa de Barthelemy; inyección rigurosamente intraepidérmica, se traduce por la aparición de una cúpula blanca que hace un claro relieve sobre la piel. Las inyecciones subepidérmicas no dan iguales resultados. Como término de comparación se practican al lado algunas escarificaciones, depositando en ellas algunas gotas del mismo líquido.

Las lesiones producidas varían desde la pápula sencilla hasta la ulceración necrótica de dimensiones variables, con los caracteres del chancro de inoculación. En los casos típicos se forma una pápula roja, más o menos extensa, que al cabo de cuarenta y ocho horas presenta en su centro, y no rara vez en el punto de introducción de la aguja, una pequeña vesícula purulenta, la cual aumenta progresivamente y forma al cabo de tres o cuatro días una gran vesícula, debajo de la cual la piel se necrosa dando lugar a un típico chancro de reinoculación.

Estos chancros experimentales evolucionan a veces muy rápidamente, siendo preciso impedir su progresión. Otras veces, y sobre todo con los bubones, su evolución es lenta y retroceden espontáneamente. En otros casos no se forma más que una simple pápula que aumenta lentamente en cinco o seis días y después desaparece poco a poco al cabo de unos doce días. Otras veces aparece en esta pápula un punto necrótico, en el que algunas veces se encuentra el bacilo de Ducrey, y posteriormente cicatriza espontáneamente, dejando una cicatriz profunda.

Por último, la reacción puede ser completamente negativa, en cuyo caso, dos o tres días después de la inoculación no se encuentra más que una pequeña mácula, a veces nodular, que desaparece rápidamente.

Los autores no han tomado en cuenta en sus investigaciones más que las lesiones en las que se comprobó el bacilo de Ducrey. Sin embargo, la lesión papulosa o papuloulceroosa sin bacilos ha sido obtenida muchas veces por ellos mismos, partiendo de bubones cuya naturaleza venérea había sido comprobada por la presencia de chancros blandos genitales, conteniendo bacilos de Ducrey. En idénticas condiciones han observado igualmente por tres veces reacciones negativas.

Por lo tanto, los autores admiten tres grados de reacción:

- 1.º Lesiones típicas con bacilos de Ducrey.
- 2.º Lesiones papulonecroticas con los caracteres clínicos del chancro de reinoculación, pero sin bacilos de Ducrey.
- 3.º Lesiones papulosas de dimensiones variables, sin bacilos.

A pesar de que como ya antes decía, las dos últimas variedades, lesiones sin bacilos, pueden ser determinadas por productos cuya naturaleza chancrosa es indudable, los autores no consideran como positivas más que aquellas lesiones en las que se comprueba la presencia del Ducrey.

Resultados.—Las investigaciones de los autores se refieren a 33 enfermos, de los cuales sólo tres pertenecían al sexo femenino, afectos todos ellos de probables lesiones chancrosas de los órganos genitales o del ano, de bubones o de ambas a la vez. En este último caso los exámenes han sido practicados separadamente del bubón y del chancro, logrando de este modo una cifra de 46 lesiones diferentes. Se ha efectuado simultáneamente en ellos el examen directo, cuti-inoculaciones, intraepidermioinoculaciones e intradermorreacciones con Dmelcos.

Los enfermos estudiados se agrupan del modo siguiente:

- 1.º Portadores de lesiones chancrosas de la región anogenital y bubones en su mayor parte, 14.
- 2.º Portadores de bubones con chancros coexistentes, 16.
- 3.º Portadores de bubones con un chancro precedente actualmente cicatrizado, 9.
- 4.º Portadores de bubones sin referencia de chancro, 7.

Consideran las lesiones como *positivas* cuando se trata de papuloulcerosos con bacilos de Ducrey, como *dudosas* las lesiones papuloulcerosas o simplemente papulosas sin bacilo de Ducrey, y como *negativas* pequeños nódulos o pápulas que desaparecen rápidamente.

Primer grupo.—Lesiones chancrosas en la región anogenital, 14 enfermos, de los cuales 12 presentaban también bubón. Resultados:

Investigación Ducrey			Cuti-inoculación.		Reacción Dmelcos.			Intraepidermio- inoculación.		
(+)	D	(-)	(+)	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)
8	2	4	2	12	10	1	2	9	5	0



AL PRESCRIBIR UN LAXANTE

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

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

«Mentor diagnóstico»

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

FEDERICO BONET Apartado 501 Madrid

**“SAL DE
FRUTA”**
MARCAS

ENO

**“FRUIT
SALT”**
REGISTERED

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, FORÚNCULOSIS, ANTRAX,** etc.

Solución coloidal
fagógena
polivalente.

MICOLISINA del D^r DOYEN

2 FORMAS:
MICOLISINA BEBIBLE
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA
ANEMIA
CONVALESCENCIAS

Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,
con Quina
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

Compuestos compuestos de Hipófitis
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^{ia}, 5, Rue Bourg-l'Abbé
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

Esencias de todas clases.

Solubles en

Aceite de ricino.

Precio: 50 pesetas kilo.



Colores de todas clases.

Solubles en

Aceite de ricino.

Precio: 65 pesetas kilo.

Destilerías Adrián-Klein, S. A.
Benicarló (Castellón).

Lipiodol Radiológico

Acelte 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 Genera-
les para la Exportación:
LECZINSKI & C^{ia},
67, Rue de la Victoire
Paris.

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Segundo grupo.—Dieciséis bubones inguinales con lesión de órganos genitales. Resultados:

Investigación Ducrey.		Cuti-inoculación.		Reacción Dmelcos.			Intraepidermo-inoculación.		
(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)
1	15	0	15	9	1	2	6	8	2

Tercer grupo.—Nueve bubones sin lesión genital actual. Resultados:

Investigación Ducrey.			Cuti-inoculación.			Reacción Dmelcos.			Intraepidermo-inoculación.		
(+)	D	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)
0	0	9	0	0	9	5	3	1	2	6	1

Cuarto grupo.—Siete enfermos con bubones sin chancreo anterior. Resultados:

Investigación Ducrey.			Cuti-inoculación.			Reacción Dmelcos.			Intraepidermo-inoculación.		
(+)	D	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)	(+)	D	(-)
0	0	7	0	0	7	2	1	3	1	6	

El resumen comparativo del valor de estas reacciones lo indica el siguiente cuadro:

Examen Ducrey.				Cuti-inoculación.				Reacción Dmelcos.				Intraepidermo-inoculación.			
N.º	(+)	D	(-)	N.º	(+)	D	(-)	N.º	(+)	D	(-)	N.º	(+)	D	(-)
46	9	2	35	46	2	0	43	46	26	6	8	46	18	25	3

A continuación traducimos literalmente las conclusiones que los autores deducen de las investigaciones más arriba extractadas:

1.ª Según acabamos de ver, la intraepidermo-inoculación, que nosotros proponemos como nuevo método de diagnóstico de la lesiones chancrosas, puede proporcionar muy grandes servicios, demostrando la presencia del bacilo de Ducrey, única prueba indiscutible de la naturaleza de la lesión.

Este procedimiento nos ha dado 40 por 100 de resultados positivos, mostrándose muy superior a las cutirreacciones y a los exámenes directos.

Queda aún por determinar la significación de las reacciones dudosas (pápulas simples y pápulas de centro necrótico sin bacilo de Ducrey), las cuales son muy numerosas (25 de 46 exámenes). Queda por demostrar también si son éstas constantemente función de chancros poco virulentos o de otras infecciones.

Si en los 25 resultados dudosos hemos podido probar ocho veces por otros medios la presencia del bacilo de Ducrey en las lesiones chancrosas que tenía el enfermo, igualmente hemos podido comprobar un gran número de casos que estas reacciones eran producidas por productos chancrosos poco virulentos. Esto lo sabemos por la evolución tórpida, atónica y la curación espontánea, pero los hechos siguientes son todavía más claros: Habiendo provocado en dos enfermos por intraepidermo-inoculación lesiones chancrosas con bacilos de Ducrey, siguiendo siempre el mismo procedimiento hemos provocado pases en serie y demostrado en uno, en la segunda y en el otro en la tercera, la apa-

rición de una papuloulcera sin Ducrey. Estas lesiones, por lo tanto, pueden ser producidas por la presencia de bacilos de Ducrey poco virulentos, pero no estamos todavía seguros de que sea este germen el único que pueda provocarlas.

2.ª La reacción con Dmelcos nos ha dado una mayor proporción de resultados positivos (65 por 100), pero en este caso cabe siempre la duda de si el enfermo ha sido infectado anteriormente por el bacilo de Ducrey. Por lo tanto, la presencia del germen es la mejor prueba de la naturaleza de una lesión, dejando aparte los portadores de gérmenes.

Además, la reacción con Dmelcos puede ser negativa aun en enfermos portadores de lesiones con Ducrey.

3.ª En dos de nuestros casos, las reacciones (investigación directa, cuti-inoculaciones, reacción Dmelcos) eran negativas y únicamente la intraepidermo-inoculación ha provocado reacciones experimentales típicas con bacilo de Ducrey.

4.ª Por este procedimiento hemos podido reconocer el origen chancroso de ciertas lesiones poco características de los órganos genitales, del ano y algunos bubones sin lesión inicial visible y demostrar la existencia de portadores de gérmenes chancrosos sin lesión genital aparente. Esta reacción permitirá el estudio de esta importante cuestión, dada la frecuencia con que se observan los chancros blandos y las adenitis venéreas actualmente.

Pensando que la frecuencia de adenitis sin chancreo pudiera ser debida a una forma filtrante del bacilo de Ducrey, hemos podido observar en un caso que los productos filtrados a través de una bujía 42 habían perdido su virulencia, mientras que la misma dilución por intraepidermo-inoculación determinaba una lesión típica con bacilo de Ducrey. Parece, pues, que el bacilo de Ducrey no presenta forma filtrante, pero esta opinión no se funda más que en una sola experiencia.

5.ª Este nuevo procedimiento de investigaciones debe formar parte de los métodos que utilicemos para la demostración de la naturaleza chancrosa de una lesión. Un resultado negativo no permite eliminar nunca este origen porque en algunos casos, como hemos visto, en enfermos con chancros típicos con bacilo de Ducrey, nos ha resultado imposible, aun con nuestra técnica, demostrar la naturaleza chancrosa del bubón e inversamente.

Esta sensibilidad tan especial de la epidermis, a las inoculaciones de productos vivos puede ser utilizada para el estudio y el diagnóstico de otras afecciones. (*La Presse Médicale*, 15 de Octubre de 1930).—DR. TOMÉ Y BONA.

Hans Kohn. DEBILIDAD CARDÍACA Y ANGINA DE PECHO.—La cuestión de si existen relaciones entre la debilidad cardíaca y la angina de pecho, o simplemente entre la fuerza cardíaca y esta enfermedad, es tan antigua como la historia de la enfermedad misma.

Está contenida directa e implícitamente en las hipótesis que para la producción de esta enfermedad se han dado, y aun en la actualidad no tenemos una contestación que nos satisfaga.

Si alguno de los autores antiguos (Home, etc.) consideraban el espasmo como la causa del ataque de angina de pecho, encerraba esta hipótesis una contraversión al considerar una debilidad cardíaca la verdadera causa del ataque, puesto que el espasmo de un músculo implica exceso de actividad de él, si bien es verdad que siempre va seguido de un correspondiente exceso de rendimiento. Parry opina, fundándose en la teoría de Jener, de que el origen de la enfermedad es debida a una calcificación de las arterias coronarias, y en ese caso, según Parry, sobreviene una disminución en el flujo de sangre al corazón y, por lo tanto, el ata-

que no significaría, como asegura Home, un exceso de actividad, sino una claudicación por falta de aflujo sanguíneo.

Con esta división de opiniones se siguió durante ciento cincuenta años; pero saltémoslos al concepto actual de la enfermedad.

Allbott y Wenckebach atribuyen un mayor rendimiento del corazón al considerar el ataque como consecuencia de esfuerzo, como sucede en el típico ataque ambulante (Wenckebach) por una distensión de la aorta enferma. Mackenzie cree lo contrario, atribuye la enfermedad simplemente a una debilidad cardíaca; pero más tarde modifica su opinión al tomar en consideración cada vez más el estrechamiento de las coronarias como explicación del ataque.

En vista de esta división de opiniones y también por las consecuencias terapéuticas obtenidas merece la pena tratar más de cerca la cuestión de debilidad cardíaca y angina de pecho, o mejor dicho, la relación entre fuerza cardíaca y angor pectoris.

Al tratar de poner en claro este asunto debemos no partir, como han hecho los autores anteriores, de su opinión particular para explicarse la naturaleza del fenómeno, porque entonces corremos el peligro de contestar a la pregunta que nos hacemos influenciados por nuestro parecer. Debemos partir, y esto haremos, de las observaciones clínicas, y después basta comprobar a qué hipótesis coinciden o explican estas observaciones más satisfactoriamente.

Analicemos, pues:

1.º ¿Constituye la debilidad cardíaca fuera del ataque una predisposición para la angina de pecho o es éste debido, por el contrario, a un aumento de potencia cardíaca?

2.º ¿En el ataque existe debilidad cardíaca?

3.º ¿Es la debilidad cardíaca la consecuencia del ataque?

A la primera pregunta contestaremos ya con la experiencia de Traube y de otros muchos que han podido demostrar que los enfermos cardíacos descompensados excepcionalmente padecen ataques de angina de pecho, y aun a aquellos enfermos afectados de angina de pecho les vemos desaparecer sus ataques tan pronto como empieza a debilitarse su corazón, mientras que reaparecen de nuevo cuando se compensan al administrarles digital u otros tónicos cardíacos.

No debemos confundir los dolores y opresión que aparecen en los corazones dilatados; por ejemplo: en mitrales con estenosis con la verdadera angina de pecho,

Está pues en claro que la debilidad cardíaca predispone al ataque de angina de pecho.

Al contrario, un aumento de la fuerza cardíaca hace que estos enfermos no estén predispuestos a la angina de pecho, como sucede en las hipertrofias cardíacas, en las que muy rara vez se observa angina de pecho.

Respecto a la segunda pregunta, o sea cómo se comporta el corazón durante el ataque, tendremos que distinguir el ataque simple del complicado.

Refiriéndonos primero al ataque sencillo nos referimos al ataque que bien sobreviene o andando o acostado, y descrito por los tratados clásicos en éstos el pulso no se modifica ni en su frecuencia ni en intensidad; la presión está algunas veces aumentada; por lo tanto, el corazón debe racionalmente estar en condiciones de contrarrestar la presión periférica y no podemos hablar de debilidad cardíaca; sin embargo, existen casos en que disminuye la presión; podríamos en estos casos hablar de una debilitación cardíaca transitoria, pero estos casos son la excepción; por lo tanto, podemos llegar a la conclusión de que el ataque de angina de pecho y debilitación cardíaca no son factores que se presenten juntos.

En los ataques que denominamos complicados son aque-

llos que se presentan con gran intensidad: edema de pulmón, pulso pequeño frecuente; en éstos la presión está disminuida y existe una verdadera debilidad cardíaca.

Respecto a la tercera pregunta: ¿Es la angina de pecho la causa que origina la debilitación cardíaca?, el autor admite que la angina de pecho conduce a la larga a una debilitación cardíaca, basándose en las observaciones clínicas y en el estudio de la patogenia de la enfermedad. (*Deutsch. Med. Wochenschrift*, 1930, núm. 39).—F. PECO.

Nacionales

J. A. Collazo y P. Rubino. DIABETES EXPERIMENTAL DEL PERRO TRATADA CON INSULINA «PER OS»: SU EFECTO SOBRE LA GLUCOGÉNESIS.—1.º Tratando a perros diabéticos por extirpación del páncreas, menores de un año, con una unidad de insulina y 0,5 gramos de azúcar por 100 gramos de peso de perro, diariamente, se obtiene:

- a) Prolongación de la vida.
- b) Disminución de la glucemia.
- c) Retardo en la aparición de la glucosuria.
- d) Retardo o ausencia en la aparición de la acetonuria.

2.º La insulina y glucosa *per os* producen un aumento franco de la riqueza del glucógeno en el hígado y en los músculos.

3.º Existe una disociación demostrable en estas experiencias entre la acción glucogénica o *intrahepática* de la insulina y una acción periférica o *extrahepática* de otro orden en el «complejo diabético». La primera acción es evidente suministrando la insulina *per os*; no obstante, los animales así tratados mueren de diabetes grave con relativa buena glucogénesis, porque quizá en esta vía, y a la dosis utilizada por nosotros no se alcanza a dominar los otros elementos del complejo diabético. (*Arch. Esp. de En. del Ap. Dig. y de la Nu.* Enero de 1931.)

J. C. Pla. LA HIPERTENSIÓN VENOSA.—La hipertensión venosa puede aparecer en circunstancias muy diversas y se manifiesta de diferentes maneras, según las múltiples causas. Puede ser latente y condicionada, puede ser paroxística, puede ser estable o permanente. Además, puede manifestarse en todo el territorio periférico, o solamente en algunas de sus partes.

En consecuencia, puede ser entonces localizada o generalizada.

La hipertensión venosa latente y condicionada nos parece un signo importante, y a veces es el primero de una descomposición cardíaca.

La hipertensión venosa paroxística sobreviene en los tuberculosos y tiene un gran valor como signo positivo precursor de una hemoptisis.

En clínica, la hipertensión venosa localizada puede ser un elemento de gran valor diagnóstico para descubrir las causas a veces ocultas de compresión, como las que se presentan en los «costados cervicales».

Cuando está generalizada y responde a un desequilibrio circulatorio, es un elemento de pronóstico muy importante, permitiendo casi siempre afirmar que, si se vuelve normal por el tratamiento, la evolución del caso será favorable; por el contrario, a pesar de una terapéutica racional, si la hipertensión venosa permanece irrefructible, el pronóstico es desfavorable. (*Ac. Med.*, Diciembre de 1930.)

Terapéutica Cacodilica Intensiva e Indolora

CYTO-SERUM

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

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

EN
AMPOLLAS
5
CENTI-
CUBOS

*Poderoso Estimulante
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

**GRIPE
TUBERCULOSIS
PALUDISMO
NEOPLASMA
NEURASTENIA
CONVALESCENCIAS**

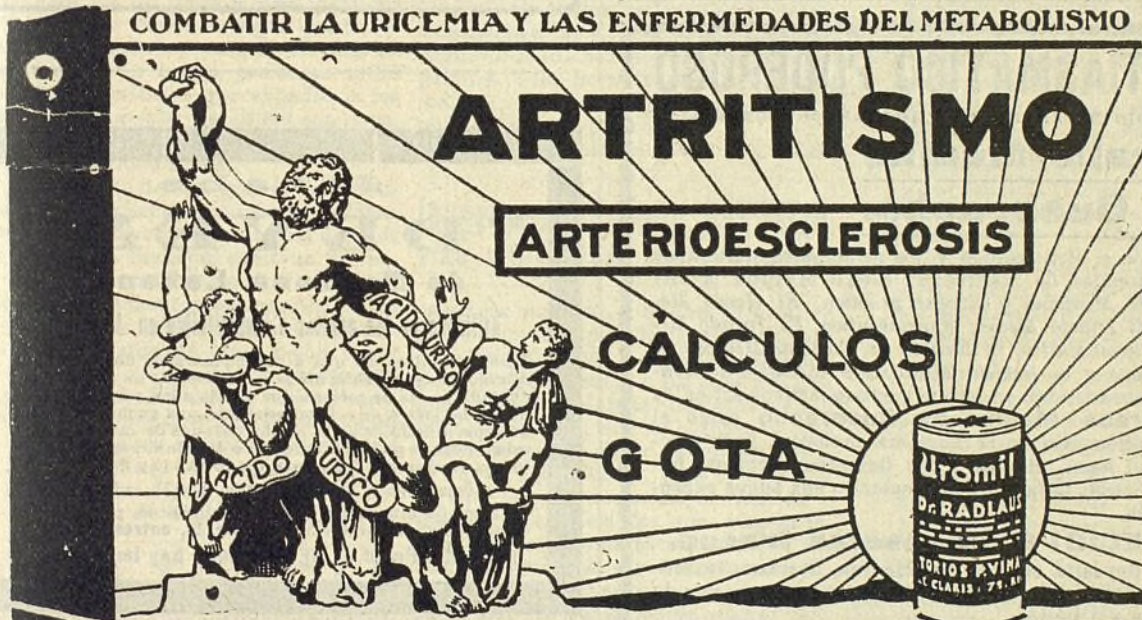
Contra toda alteración de la sangre
Contra las enfermedades infecciosas
Contra las caquexias de todo origen

Solicítense Muestras Gratis

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

Uromil

OCIDO? COMO EL MAYOR DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO? PARA
COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



REUMA

GRAN BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran **AGUAS MADRES**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **LINFATISMO ESCROFULOSO** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaces, coxalgias, oftalmías, corizas, ocnas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

Manantial alcalino «ANITA»

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litínicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria-Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarras de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

Temporada oficial de 1.º de Junio a 30 de Septiembre.

Médico director: **D. Clodoaldo García Muñoz**, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Para más detalles y correspondencia al administrador del Balneario.

SCHATZALP

Sanatorio de primera clase, para enfermos de pulmones.

1.865 metros sobre el nivel del mar.—300 metros más alto que Davos.—Correo y telégrafo en la Casa. — Gran confort.—Numerosas habitaciones con baño.—Cuartos con W. C.

Médicos con cargo directivo: Dr. Ed. C. Neumann y Dr. J. Wolf. —: Dirección: A. W. Federle.
Prospectos e informaciones por mediación de la Gerencia.

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

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

Estación de ferrocarril a 7 horas de Madrid y 4 de Sevilla.

Alquilanada la carretera que conduce a los manantiales.

Gran Hotel del Balneario. Todo confort.

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

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS ATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

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.

Depositarlo: 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.



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 a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

siendo íntegros algunos cronistas. Pero esta última parte de la conclusión caería a su vez. Los cronistas, en efecto, se devoran unos a otros. El lector tendría entonces a la vista un espectáculo análogo al que representa la caricatura titulada el combate de las serpientes. Después de haber acabado con todo a su alrededor, los dos reptiles luchan y se devoran, y por fin, quedan en el campo de batalla dos colas.

Y la dificultad no es sólo para el

después de esto, su carácter confiado se torna en aversión; las puertas que se mantenían enteramente abiertas ofre-

Urosolvina: eficaz antiúrico.

cen su impasible rostro de madera, y los oídos antes atentos se han cerrado. ¡Ay!, se cierran entonces, no sólo para el mal, sino para el bien. Y éste es el crimen de los que tuercen y envilecen la palabra, quebrantan la confianza general. Se considera como una calamidad la depreciación del dinero, la baja de la renta, la ruina del crédito. Hay una desgracia mayor aún, y es la pérdida de la confianza, de ese crédito moral que las gentes honradas se conceden unas a otras y que hacen circular la palabra como moneda auténtica. ¡Abajo los monederos falsos, los especuladores, los financieros sospechosos, porque hacen sospechosa hasta la moneda legítima! ¡Abajo los monederos falsos de la pluma y de la palabra, porque hacen que ya nadie se fie de nadie y que el valor de lo que se dice o escribe sea semejante al de los billetes de Banco falsos!

Se ve hasta qué punto es urgente que cada cual tenga cuidado de sí, guarde su lengua, castigue su pluma y aspire a la sencillez. Nada de rodeos, de circunloquios, no tantas reticencias ni tergiversaciones. No sirve más que para embrollarlo todo. Sed hombres, tened una palabra. Una hora de sinceridad hace más por la salvación del mundo que años enteros de picardías.

Una palabra ahora sobre una extra.

Inapetencia, Anemia, Debilidad.

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

vagancia nacional, y que se dirige a los que tienen la superstición de la palabra y de las gallardías del estilo. Sin duda no hay que aplicarlo a las personas que gustan de las palabras elegantes o de la lectura delicada. Soy de opinión de que nunca se puede decir demasiado bien lo que se quiere decir. Pero no se sigue de aquí que las cosas mejor escritas y mejor dichas sean las más aceptadas. Las cosas más grandes son también las que más ganan al ser dichas con sencillez, porque entonces se muestran tal como son. No echéis sobre ellas el velo aún transparente de un hermoso discurso, ni esa sombra tan fatal a la verdad que se llama vanidad de escritor o de orador. Nada hay tan enérgico, tan persuasivo, como la sencillez. Hay emociones sagradas, crueles dolores, grandes abnegaciones, entusiasmos apasionados, pero un grito traduce mejor que los más bellos períodos. Lo más precioso que posee la humanidad en su corazón es lo que más sencillamente se manifiesta. Para persuadir hay que ser verídico, y ciertas verdades se comprenden

CARABANA: el mejor purgante.

mejor si salen de labios sencillos, aunque débiles, que de bocas demasiado ejercitadas, o se proclaman a grandes voces. Son reglas que a todos convienen

en la vida diaria. Nadie puede figurarse el provecho que sacará para su vida moral de la constante observación de este principio: ser verídico, sobrio, sencillo en la expresión de sus sentimientos, tanto en privado como en público, jamás exceder de lo justo, traducir fielmente lo que hay en nosotros, y sobre todo recordar. Esto es lo esencial.

(Continuará.)

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

hombre del pueblo, sino para las gentes cultas, casi para todos. En política, en Hacienda, en negocios, aun en la ciencia, las artes, la literatura y la religión, en todas partes hay segundas intenciones, artimañas, manejos; hay una verdad para los de fuera y otra para los iniciados. De donde se sigue que todos resultan engañados porque en vano se pertenece a un grupo, jamás se es de todos, y los mismos que engañan a los otros con la mayor habilidad son engañados a su vez cuando necesitan contar con la sinceridad ajena.

El resultado de este género de prácticas es el envilecimiento de la palabra humana. Se envilece primero a los ojos de los que la manejan como un vil instrumento. Ya no hay palabra respetada para los que discuten, los eruditistas, los sofistas, todos los que no están animados sino del afán de tener razón, o por la pretensión de que sus intereses sólo son respetables. Su castigo está en verse obligados a juzgar a los demás según la regla que ellos mismos siguen: decir lo que conviene y no lo que es verdad. A nadie pueden tomar ya en serio. Triste disposición de espíritu para las gen-

"MALTOPOL"

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

tes que escriben, hablan y enseñan. ¡Cuánto hay que despreciar al auditorio y a los lectores para dirigirse a ellos con semejantes disposiciones! Para el que ha conservado un fondo de honradez, nada subleva más que la ironía desatada de un acróbata de la pluma o de la palabra que trata de embaucar a algunas buenas gentes llenas de confianza. De un lado, el abandono, el deseo de ser ilustrado; de otro, la picardía, que se mofa del público, pero no sabe el mentiroso hasta qué punto se engaña él mismo. El capital con que vive es la confianza, y no hay nada que iguale a la confianza del pueblo como su desconfianza en cuanto se siente traicionado. Puede seguir, por algún tiempo, a los explotadores de la sencillez. Pero

GRANULADO
A BASE DE CAL-FERROS
DIGESTIVOS-CACAO Y AZÚCAR

Paidecalina
TÓNICO RECALIFICANTE

FAVORECE LA DIGESTIÓN INFANTIL FACILITA LA ASIMILACIÓN DEL CALCIO

Requilito, Anemias, Catarros intestinales.
LABORATORIO JUSTE
Apartado de Correos 9.030

MADRID.



COPLAS ESPAÑOLAS

No me pongas mala cara
por lo que anoche ha pasado;
piensa que me diste pie
y yo me tomé la mano.

Quisiera saber si es sueño
o si es una realidad.
¡Si es un sueño, vida mía,
tengo miedo a despertar!

A la luna el sol no quiere,
y por eso está la luna,
cual virgen enamorada,
siempre triste y paliducha.

Cuando la ocasión acerca
a un hombre y a una mujer,
no hay filósofo que diga
lo que puede suceder.

Yo me propuse ser bueno
y tú pensabas ser buena;
pero el pícaro cariño
hizo la trastada aquella.

Cuando el cura te confiesa,
al ver tu cara bonita
cierra los ojos y reza.

Estreñimiento: Supositorios Evacuatif
Ribalta. De eficacia infal-
tible. Prospectos gratis.
Preparación de óvulos y supositorios.

Rambla Cataluña, 44, Barcelona

No vengas con piropos
ni con floreos,
porque las intenciones
las llevas dentro.

Las cuecadas de mi guitarra
cantan poco y mucho lloran,
porque mis penas son muchas
y mis alegrías pocas.

A los hombres despreciabas
y ahora te mueres por ellos.
¡Caracoles no querías
y te salió el plato lleno!

Mi pensamiento, serrana,
es un águila real.
¡Se remonta demasiado
y fácilmente caerá!

NARCISO DÍAZ DE ESCOBAR

CUENTO JUDIO

Cuando los marcos se hallaban tan depreciados durante la postguerra, dos judíos sostenían a la salida de una sinagoga de Berlín el siguiente diálogo:

—Sabrás, Mendelé, que Moisés fué un cochino.

—¿Estás loco? ¿Cómo se te ocurre insultar así al gran Moisés?

—Te digo que se portó como un cochino.

—¿Por qué?

—¿Preguntas por qué? ¿Quién le obligó a hacernos pasar el Mar Rojo? ¿No nos podía haber dejado en Egipto?

—¿Pero por qué?

—¿Cómo por qué? Porque en lugar de estos marcos que no valen nada, a estas horas tendríamos libras esterlinas.

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

Ideario del buen colegiado

El Colegio de Médicos es un organismo creado para la dignificación y defensa de la clase. Para acogerse a su amparo no basta ser médico, hay que ser además digno.

Todo colegiado que solicite el auxilio del Colegio debe ser veraz en la narración de su asunto y disciplinado en la aceptación del fallo. Algunos compañeros se dirigen al Colegio haciendo relatos mentirosos; el Colegio emprende su defensa, y el tiempo demuestra que se ha comprometido en una causa injusta. Esto desacredita al Colegio y desvirtúa su esencia. En las agrupaciones políticas el procedimiento suele ser: la amistad, primero; la justicia, después. El Colegio de Médicos debe ser una categoría moral.

Algunos compañeros gustan de hablar mal del Colegio sin perjuicio de acudir a él cuando peligran sus menudos intereses. El digno colegiado se esforzará por mantener viva su fe en el Colegio, que, por ser la obra de todos, necesita de la simpatía de todos.

No basta decir: el Colegio debía hacer esto ni aquello. Pregunta a estos críticos qué han hecho por mejorar al Colegio, y qué esperan conseguir con su chara perorativa. El digno colegiado hace más que hablar mal: trabaja en la obra común, sin impaciencias, convencido de que la tarea no es para un día.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

PROVERBIOS ALEMANES

La boca es el médico y el verdugo del estómago.

— Cuando habla el oro todo hombre es mudo.

EL NOMBRE brillante tiene más enemigos que la virtud oscura.

MODESTO LAFUENTE.

EN UNA CALLE estrecha había una mula atada a una reja. Iba a pasar un hombre y se detuvo temeroso, hasta que el dueño de la caballería le dijo:

—Pase usted, pase usted, que es segura.

Y el otro, muy amoscado, le respondió:

—Pero ¿qué es segura: la mula o la coza?

Kelatox: Sedante atóxico.

Hoja de calendario.

LA COSTUMBRE

Ayer, comiendo en los Cisnes, tropecé con Juan Quirós, que es, de todos los nacidos, sin disputa, el más glotón.

Y al ver cómo devoraba plato tras plato, veloz, le dije con cierta envidia y lleno de admiración:

—Pero chico, ¡qué bien comes!

—La costumbre—contestó—; como como desde niño, cada vez lo hago mejor.

E. DE LUSTONO.

FORMULA
POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.
Codeína . . 1 centigr.
Arrhenal . . 2 centigr.

Precio al público:
4,40 ptas.

EL CANCER DE PULMON

El cáncer del pulmón, incluyendo el de los bronquios, ha aumentado de frecuencia en los últimos diez años. En el año 1871, Langhans escribía textualmente: «El cáncer primitivo de los bronquios y de la tráquea constituye una de las mayores rarezas; según Förster, nunca ha sido observado.» En el año 1923 podemos decir que un 20 por 100 de los que fallecieron por cáncer lo han tenido en el pulmón.

Este extraordinario aumento ha sido observado en todos los países europeos. Hace un cuarto de siglo, nuestros profesores de clínica médica nunca daban conferencias sobre el cáncer del pulmón; les faltaba el enfermo; en la actualidad no hay clínica en donde no se

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

observe esta enfermedad; en los Institutos de Anatomía que llevan estadísticas de las afecciones que causaron la mor-

talidad, se ha visto también que el porcentaje ha aumentado entre nosotros de 4 a 20 por 100; de cada cinco casos de cáncer, uno es del aparato respiratorio. ¿Cuál es la causa de esta mayor frecuencia?

La causa debe ser buscada en un medio irritante externo, que penetra del ambiente a los bronquios; tales como los polvos atmosféricos, el hollín de las fábricas, los gases que resultan de la combustión de la nafta.

En las ciudades más fabriles y en aquellas cuya atmósfera está más cargada del polvo terrestre, de carbón o de gases irritantes, el cáncer de las vías respiratorias se observa con más frecuencia que en aquellas ciudades que tienen el aire atmosférico mas limpio.

Teniendo en cuenta todas las estadísticas nos inclinamos a pensar que el

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

aumento considerable de automóviles haya contribuido a infectar la atmósfera de gases irritantes, capaces de producir una proliferación patológica de los epitelios del aparato respiratorio. Esta irritación permanente sería el agente causal de la mayor mortandad por cáncer del pulmón.

Si esto se llegara a demostrar con estadísticas más completas de las que tenemos actualmente, corresponderá a los técnicos buscar el procedimiento más adecuado para que no se difundan en el aire respirable los gases que resultan de la combustión de la bencina.

El profesor Speroni, autor de este trabajo, publica al final notables estadísticas que corroboran este aserto.

ABSTENERSE de una cosa es una prueba de haberla usado.

NO ES el bien conocido hasta que es perdido.

ANTIPLHOGISTINE

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

El Rincón de los poetas.

TIERRA FIRME

Como busca el piloto diestramente, defendiendo su nave carcomida, un abrigo en la costa apetecida donde fijar del ancla el corvo diente, así también del mundo la corriente, cansado de los mares de la vida, busca en la paz de la mujer querida puerto feliz el corazón ardiente.

¡Dichoso aquel que, por bondad del cielo, encuentra en el regazo de una esposa el arribo feliz de su ventura.

Playa de amor y de eternal consuelo: para el bien de la vida, ¡cuán hermosa! para el goce del alma, ¡cuán segura!

MARCOS ZAPATA.

BALNEARIO DE CALDAS DE OVIEDO

Aguas oligometálicas, hipertermales, fuertemente nitrogenadas y radioactivas, 43 grados de temperatura. Especializadas en enfermedades del aparato respiratorio, exclusión de tuberculosis. Bronquitis crónicas en artríticos, reumatismos eréticos dolorosos, de múltiples localizaciones. Arterioesclerosis con hipertensión.

Médico Director: DR. D. HIPOLITO RODRIGUEZ PINILLA

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO, con todo el confort moderno.

Casino, Salón de fiestas, Parques, Conciertos, Cinematógrafo, etc. Centro de excursiones de primer orden.

Temporada oficial, 15 de Junio a 30 de Septiembre.

Comunicaciones: Ferrocarril Vasco - Asturiano y automóvil del Gran Hotel desde Oviedo.

AGUAS MINERALES NATURALES DE

CARABANA

"LA FAVORITA"

PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS

PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI

MADRID

Correspondencia administrativa . .

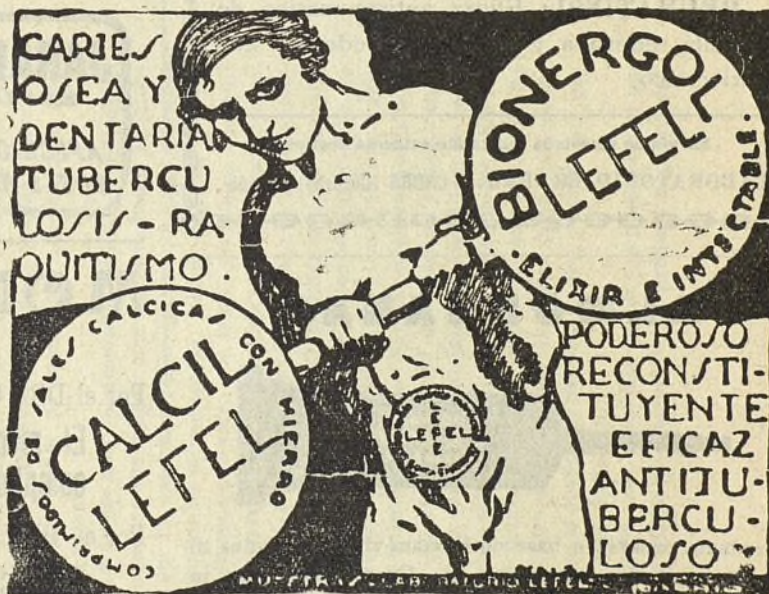
La correspondencia que venga acompañada del franqueo correspondiente, será contestada por carta directa. La demás correspondencia se responderá en esta sección.

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

Manuel García.—Los suscriptores anteriores a 1925 abonarán sólo 20 pesetas al año.

D. Francisco García González (Las Nieves). La mejor forma de pago es el Giro Postal; los precios de suscripción están en la portada.

(Continuara).



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 Penzoldt, Oliver y Luquero.

SANTANDER

Ayuntamiento de Madrid

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. - Bicarbonatada. - Sódica.

ESTÓMAGO - RIÑONES - DIABETES - OBESIDAD

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

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

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.

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

Vacantes.

Se pone en conocimiento de los señores médicos que piensen solicitar la vacante de Pajares de la Lampreana (Zamora). que las iguales están contratadas por dos titulares que residen en dicha localidad desde hace bastante tiempo.

(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.

MONOGRAFÍAS TOMO IX

Por el DR. GARCÍA VICENTE:

El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. — Intubación laríngea

Por el DR. HUARTE MENDICOA:

Alteraciones de la voz, laringitis y ronquera

Precio: 1,50 pesetas.

CATARROS FOSFOTIOL : : TOSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

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

disuelve, siendo la comparación clásica la de que esta disolución es enteramente igual a la que sufre el cristalino en el humor acuoso cuando se hace (mejor dicho, se hacía) la operación llamada «batir la catarata». Teniendo en cuenta que el embrión en estos primeros meses del embarazo está compuesto en una gran parte de agua es fácil comprender que se disuelva. El término vulgar, tosco, pero muy expresivo de este fenómeno, es que el feto no ha «cuajado». Cuando la disolución se hace en las primeras semanas puede estar terminada en muy poco tiempo; cuanto tiene lugar en el curso del segundo mes requiere mucho más tiempo. Según el estado de disolución en que se encuentre puede observarse un feto sumamente pequeño o puede haber desaparecido por completo, hablándose en este último caso de huevos vacíos o de falsos engendros. El líquido amniótico se presenta en estos casos sumamente turbio, y por las reacciones químicas es fácil poner de manifiesto que contiene una emulsión de grasa.

Pasado el tercer mes del desarrollo ya no se puede disolver el feto, porque sus tejidos son excesivamente resistentes para ello. La transformación que se produce entonces recibe el nombre de momificación. Parece sufrir el feto los mismos trastornos que sufre una fruta colocada en un líquido para su conservación. Los tejidos que no eran de suyo duros (es decir, en esta época todos, salvo el cartilaginoso y algunas formas del conjuntivo) pierden el agua que contienen, y como consecuencia de ello disminuyen mucho de volumen y se arrugan. Además, el feto toma un color gris terroso, y el mismo color tiene aproximadamente el líquido amniótico, que se va haciendo más escaso y más denso y que acaba por desaparecer, dejando sobre el feto un sedimento parecido al que dejan las aguas desbordadas. En los casos en que muere un feto de embarazo gemelar se añade a estas modificaciones las que dependen de la compresión que sufre por el desarrollo del otro huevo, y acaba por parecer un muñeco de cartón.

La alteración más frecuente de las que puede sufrir un feto es la maceración. Solamente se produce a partir del

de la circulación, sino porque generalmente coincide con esta posición viciosa una endometritis.

Por parte del padre solamente la sífilis es causa de la muerte del feto. Ya hemos tratado de la transmisión de esta enfermedad del padre al hijo y de la intervención que en ella tiene la madre, por lo cual no tenemos que repetirlo. También puede morir el feto como consecuencia de sus propios vicios de conformación o de las detenciones de su desarrollo, a consecuencia de las anomalías y de las enfermedades de los anejos fetales, especialmente cuantas causas interrumpen la circulación fetoplacentaria o la hematosi.

Hay que hacer mención por último, de una serie de casos, cada vez más raros, en los que el feto muere sin que se pueda determinar la causa de esta muerte. Hasta hace algunos años se conocían mujeres en las que esto sucedía de un modo habitual, y el fenómeno se llamaba por este motivo muerte habitual del feto. Solía tener lugar la muerte en las últimas semanas del embarazo y hasta era fenómeno de común observación el de que a cada embarazo la muerte tenía lugar más cerca del término, de suerte que por fin llegaban a tener hijos vivos. Las causas de esta muerte habitual son la sífilis o las enfermedades caquectizantes, como anemia, tuberculosis, cáncer, inflamaciones crónicas de la matriz, desviaciones uterinas. Pero de todas estas causas la más frecuente, con mucho, es la sífilis. En vista de la importancia de esta enfermedad de la patología del parto prematura y del aborto vamos a tratar de las lesiones que presenta el feto sífilítico.

Si la muerte del feto se produjo antes de que se comenzara el trabajo de expulsión, dicho feto sale generalmente macerado y no suele ser fácil su primer examen, pero hay algunos datos de los que se puede inferir ya a primera vista la causa de la muerte. Muchos fetos muertos a consecuencia de la sífilis presentan ascitis y un hígado excesivamente grande, de suerte que el abdomen es muy voluminoso. Cuando no se encuentren estos síntomas convendrá pesar por separado el feto y sus anejos y observar si existe desproporción entre el peso del feto, que será excesivo, y el de la pla-

centa. En caso que la muerte del feto hubiera tenido lugar poco tiempo antes de la expulsión o de que naciera vivo, seguramente se podrían descubrir en el mismo las ampollas del pénfigo que dominan en las plantas de los pies, en las piernas y en las palmas de las manos.

Caracterízase este pénfigo por una serie de vesículas o de ampollas que se elevan sobre una piel violácea. Estas vesículas contienen un líquido citrino que puede ir tomando coloraciones diferentes. Cuando las vesículas se han roto se encuentra en su lugar una mancha rodeada de un rodete epidérmico o de erosiones redondeadas. Cuando la maceración no había avanzado mucho se encuentran algunas de las lesiones que describiremos luego en los niños que nacieron vivos pero sucumbieron poco tiempo después de su nacimiento. El pulmón presenta unos nódulos duros situados, sea en su superficie, sea en su profundidad. Estos nódulos se conocen con el nombre de goma del pulmón porque cuando han tenido tiempo de desarrollarse se reblandecen y forman una cavidad llena de un líquido purulento.

El hígado se encuentra un poco aumentado de volumen y la cápsula de Glisson está espesada en algunos sitios. El tejido hepático es translúcido. Tiene además una serie de granulaciones blanquecinas que parecen gránulos de sémola y que han valido a este hígado el nombre de granuloso. Consisten en grupos de células embrionarias que se encuentran, sobre todo, en los espacios portas que separan los lobulillos hepáticos. El bazo es muy grande; varios días después del nacimiento suele pesar cuatro o cinco veces lo que es corriente que pese, y esta hipertrofia se debe a la estancación sanguínea a consecuencia de las dificultades de circulación que hay en la vena porta.

También suele existir en estos niños peritonitis que determina ascitis y ésta contribuye con la hipertrofia de las vísceras ya citadas al gran volumen del vientre de estos niños, pero otras veces la peritonitis y las ascitis consiguientes no se desarrollan hasta varios días después del nacimiento. En los testículos se encuentran nódulos muy parecidos a los que hemos descrito en el hígado y que tienen la misma es-

tructura que éstos. Se inician en derredor de los vasos, pero pueden después invadir todos los elementos del testículo.

Existen tres tipos de lesiones óseas, que son: la alteración condrocalcárea o de osteofitos duros que se localizan, sobre todo, a nivel de la tibia y del húmero y que se desarrollan en las seis primeras semanas de la vida; el tipo de atrofia gelatiniforme y el tipo esponjo-o que parece no ser realmente una lesión sífilítica, sino raquítica.

Cuando muere el feto en el curso del embarazo, es excepcional que se expulse de un modo inmediato si no había contracciones uterinas en el momento de la muerte; la expulsión no suele tener lugar hasta pasado un plazo de quince días por lo menos. Otras veces la retención dura más tiempo y al tratar de los embarazos gemelares hemos mencionado la posibilidad de que en el curso del embarazo sucumbiera uno de los fetos y que su expulsión no tenga lugar hasta que el otro llega a la madurez y se hace un parto normal del mismo. Por excepción se observan casos en los que un feto muerto se retiene en la cavidad uterina durante muchos meses, incluso más de los que hubieran sido necesarios para que el embarazo llegara a su término normal. En un caso, por ejemplo, se eliminó el feto a los doce meses de comenzado el embarazo y se pudo determinar que hacía tres o cuatro meses que había muerto. En cambio, los casos en que parece que se ha retenido el feto durante varios años hay que estudiarlos con mucha cautela, porque es probable que no se trate de verdaderos embarazos uterinos, sino extruterinos en los cuales la muerte del feto fué seguida de enquistamiento y, por consiguiente, en este estado se puede conservar el feto un tiempo indefinido. Cuando se descubre este embarazo en el curso de una intervención suele ser fácil convencerse de que no se encuentra en el útero, pero si se abre espontáneamente en la vagina y se elimina fraccionadamente por ella no se podrá decir con seguridad cuál fué la situación primera de dicho feto.

Las variaciones que sufre el feto tras de su muerte dependen de la fase del embarazo en que la muerte ocurriera. Si muere durante los tres primeros meses del embarazo se

SARNA

— (ROÑA) —

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

J. CABALLERO ROIG
Farmacia-Laboratorio: Calle Rocafort, 135, Barcelona.

—Por renuncia, la de médico titular de Mochales (Guadalajara), partido judicial de Molina de Aragón, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 553; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 3; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa con Ayuntamiento, a 43 kilómetros de la cabeza de partido y a 115 de la capital. La estación más próxima, Ariza, a 33 kilómetros. Río Mera.

—Por defunción, la de médico titular de San Andrés del Congosto y su anejo Alcorlo (Guadalajara), partido judicial de Atienza, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 785; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Lugar con Ayuntamiento, a 27 kilómetros de la cabeza de partido y a 60 de la capital. La estación más próxima, Jadraque, a 12 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Royuela de Ríofranco (Burgos), partido judicial de Lerma, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 866; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 1; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa con Ayuntamiento, a 18 kilómetros de Lerma y a 47 de la capital. La estación más próxima, Villaquirán, a 26 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Hoyocaserio y su anejo Navalosa (Avila), partido judicial de ídem, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.909; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Igualas, 3.800 pesetas.

Datos.— Lugar con Ayuntamiento, a 44 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Saldeana (Salamanca), partido judicial de Vitigudino, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 410; categoría

HIERRO QUEVENNE Único aprobado por la ACADEMIA de MEDICINA de PARIS
A causa de su pureza y de su poderosa actividad para curar *Cloro-Anemias*
Único ferruginoso inalterable en los países cálidos. — 14, rue des Baum-Arts, París.

TINTURA COCHEUX cura la Gota, Reumatismo
— y el Mal de Piedra. —
Éxito en los Hospitales desde 1848.

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

5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa con Ayuntamiento, a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 88 de la capital. La estación más próxima, a 13 kilómetros. Río Huebra.

—Por renuncia, la de médico titular de Puntagorda (Santa Cruz de Tenerife), partido judicial de Los Llanos, con el haber anual de 1.680 pesetas. Población, 1.508; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 14; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Lugar con Ayuntamiento, a 75 kilómetros de la capital y a 18 de la cabeza de partido que es la estación más próxima.

—Por renuncia, la de médico titular de Villamayor del Campo (Zamora) partido judicial de Villalpando, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.726; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 42; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Villa con Ayuntamiento, a 56 kilómetros de la capital y a 5 de la cabeza de partido. La estación más próxima, Castroverde de Campos, a 9 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Lovingos y sus anejos Fuentes de Cuéllar, Dehesa y Dehesa Mayor, (Segovia), partido judicial de Cuéllar, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 998; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.— Lugar con Ayuntamiento, a 8 kilómetros de la cabeza de partido y a 67 de la capital. La estación más próxima, Peñafiel, a 30 kilómetros. Carretera. Arroyo de Santa Coloma.

ANALISIS

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

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

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.



Terapéutica de la Hipofunción Genital Femenina

OVARIOTONO



Substancia de ovario . . .	0,10
Substancia de tiroides . . .	0,03
Viburnum prun. extr. . .	0,06
Piscidia erythrina extr. . .	0,06
Hyoscyamus nig. extr . . .	0,01

Modo de usarlo y dosis

Tómense antes de cada comida—con un poco de agua y sin masticar—de dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

Hipofuncionamiento ovárico, Amenorrea rebelde, Oligomenorrea, Pubertad retrasada, Trastornos de la menopausia, Reglas dolorosas, Psicosis sexuales

Terapéutica de la Hiperfunción Genital Femenina

HEMOSTONO



Substancia de mama . . .	0,10
Substancia de placenta . . .	0,05
Secale cornutum extr. . .	0,06
Hamamelis virgin. extr. . .	0,04
Hidrastis canad. extr.. . .	0,02

Modo de usarlo y dosis

Tómense antes de cada comida—con un poco de agua y sin masticar—de dos a ocho grageas al día (dos cada vez)

Menorragia profusas, Metrorragias menstruales, Fibromas uterinos, Congestiones útero ováricas, Hemorragias de la pubertad y menopausia

SOLICITESE LITERATURA Y MUESTRAS PARA EXPERIMENTACION CLINICA:

LABORATORIO BIOLÓGICO LOPEZ-BREA

León XIII. 7

Barcelona

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 Dcto. Carlan.—De la estancia de Mme. Curie en Madrid, por F.—Hemoptisis y trastornos vasomotores.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Colegio de Huérfanos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Madame Curie en Madrid.—Higiene de limpiezas.

El acontecimiento científico de la semana, en medio de los sucesos políticos que a todos nos han tenido que preocupar en todos sentidos, ha sido la estancia en Madrid de la insigne Mme. Curie, conyuge y coinvestigadora del sabio del mismo nombre, que dotaron al mundo científico de uno de los descubrimientos más resonantes y llenos de promesas con que se inauguró el siglo xx.

Sostenida todavía la cruelesima guerra del 14 al 18, vino ya la insigne investigadora a honrarnos con su visita en 1919, con motivo del Congreso médico celebrado en Madrid. Las solemnidades a que entonces pudo asistir y los agasajos que se le hicieron, casi reciente la muerte de su preclaro esposo, fueron bien diferentes de los que ahora ha podido presenciar con segura complacencia. Si en un principio fueron grandes los festejos a que concurrió, al final de ellos, por un descuido de organización, presenció en el Paraninfo de la Universidad una tumultuosa sesión de que por algún tiempo conservó desagradable recuerdo. Ahora se han invertido los términos: a la modestia de los primeros actos ha sucedido la tranquila y positiva efectividad de los últimos.

Con motivo de la estancia en Madrid de la eminente investigadora, la Sociedad Española de Física y Química acordó otorgarle el título de socio de honor y celebrar, para solemnizar la entrega, una sesión extraordinaria que tuvo lugar el día 25 en el salón rectoral de la Universidad.

Ocuparon la presidencia, junto con la festejada, el Sr. Moles, presidente de la Sociedad, y los secretarios Sres. R. Mourelo y Palacios.

Madame Curie, que fué saludada con una salva de aplausos por la numerosa concurrencia, recibió el título de manos del presidente Sr. Moles, que ofreció en sentidas frases el homenaje de los químicos y físicos españoles representados por la Sección central de la Sociedad Española de Física y Química. Madame Curie ofreció en breves palabras el homenaje de admiración y simpatía.

Cuando en 1919 visitamos en París a esta insigne investigadora se encontraba todavía bajo la impresión de su primera estancia en España, agra-

decándonos nuestra hospitalidad; pero no explicándose el pueril e inesperado espectáculo que había presenciado el último día. Hoy, conociendo ya nuestra psicología impresionable, tenemos la certeza de que conservará para siempre la agradable impresión de nuestro efusivo afecto y del entusiasmo que en España han producido siempre las figuras científicas mundiales que pertenecen a todos los pueblos y a todos los tiempos por igual.

Nuestro cariñoso saludo a nuestra ilustre amiga.

En una de las últimas sesiones del Ayuntamiento el Sr. Saborit ofreció que la Corporación se ocuparía de un modo inmediato del tratamiento de las basuras y la limpieza en nuestra capital. Mucho alabamos el que, dejando aparte otras manifestaciones de entusiasmo, haya en nuestro Concejo quien fije su atención en un punto de higiene tan trascendental.

Nadie podrá suponer que ésta nuestra opinión sea ocasional ni tendenciosa. Desde hace muchos años y con más insistencia en los últimos, venimos llamando la atención de los sucesivos Ayuntamientos acerca de cosas relacionadas con los residuos de limpieza, sin que logremos los sencillos remedios que a nuestro juicio pueden oponerse a varios de los defectos que tan graves perjuicios ocasionan en la salud pública y, sin embargo, por unas y por otras Corporaciones municipales de Madrid se sigue consintiendo que los polvos y partículas nocivas que se lanzan al aire por el sacudido de los tapices y alfombras en la vía pública y los apaleamientos de los colchones en los patios de los inmuebles más habitados se siguen llevando a cabo sin tener en cuenta que de cada uno de estos actos de supuesta limpieza se sigue inevitablemente la infección del aire por las partículas de sudor y de líquidos residuales que los sanos y los enfermos depositan en la lana de sus colchones, en sus alfombras y en sus tapices durante los inviernos, sin recordar que los esputos, las deyecciones y demás productos infecciosos, desecados y lanzados al aire violentamente, son respirados por los sanos después de haber permanecido en una especie de pernicioso depósito de la una a la otra estación. De aquí la repetición anual de las epidemias localizadas de gripe, escar-

latina, coqueluche, sarampión, parótidas, etc., etc. ¿No podrían destinarse locales apropiados para este género de maniobras mecánicas, con destrucción bien organizada de los gérmenes peligrosos?

DECIO CARLAN

De la estancia de Mme. Curie en Madrid.

Como anunciamos oportunamente en la semana pasada, llegó a Madrid, invitada por varias Corporaciones científicas para pronunciar conferencias relacionadas con sus recientes estudios, la infatigable gloria mundial Mme. Curie, dos veces galardonada con el premio Nobel (1903 y 1911) y consagrada en el mundo científico universal como una de sus preclaras figuras.

En la Residencia de Estudiantes y después de un esbozo de los trabajos por ella realizados en los últimos años, hecho por D. Blas Cabrera, disertó brillantemente el día 23 de Abril la ilustre dama sobre el tema «La radioactividad y la evolución de la ciencia».

Tanto al ocupar la cátedra como al finalizar su docta peroración fué aplaudida calurosamente y prolongadamente.

El día 24 y en la Facultad de Ciencias hizo una detenida descripción acerca de los rayos alfa, beta y gamma y de los aparatos que permiten medir el poder de penetración de los primeros, las diferentes velocidades de los segundos y las longitudes de onda de los terceros. Apoyándose en numerosas fotografías obtenidas por el método Wilson, hizo ver la dirección de los rayos cósmicos descubiertos recientemente por el profesor Hess en Alemania y Millikan en Norteamérica.

Explicó que estos rayos se atribuyen a la formación de átomos en los espacios interestelares, donde hasta ahora se creía que reinaba el vacío, y que su intensidad es diez veces mayor que la de los rayos gamma emitidos por el radio.

La única propiedad de los rayos cósmicos que hasta la fecha ha podido confirmarse y medirse es su poder de penetración. Obtúvose este experimento introduciendo los aparatos de observación en lagos de mucha profundidad, y se comprobó que dichos rayos son capaces de atravesar la materia en espesores diez veces superiores a los que pueden atravesar los rayos obtenidos en los laboratorios más potentes.

Terminada la conferencia, que constituyó un nuevo éxito, la Facultad de Ciencias, la Academia y la Sociedad de Física y Química obsequiaron a la ilustre disertante con una comida íntima que ofreció el Dr. Moles en un elocuente discurso.

Y el día 25 la Sociedad Española de Física y Química, que había acordado nombrarla Socio de Honor, celebró sesión extraordinaria en el salón rectoral de la Universidad para hacerla entrega solemne del título.

La homenajada recibió muchas felicitaciones subrayadas por una prolongada ovación.

F.

Hemoptisis y trastornos vasomotores.

En uno de sus más recientes trabajos, los señores profesor Fernand Besançon y el Dr. A. Jacquelin han puesto en claro el mecanismo de las hemoptisis en los tuberculosos en los diversos períodos de su afección, y, particularmente, precisan las condiciones de tensión que intervienen en la

producción y la repetición de estos accidentes en algunos de ellos.

No solamente han notado cuidadosamente la tensión sanguínea y el índice oscilométrico, sino también han explorado en algunos de varios enfermos el reflejo oculocardíaco y practicado las pruebas farmacodinámicas actualmente clásicas para el examen de la excitabilidad del sistema neurovegetativo y, por último, han estudiado el tiempo de coagulación de la sangre y el que dura su expulsión.

Han observado que, en todos los casos, los pacientes presentaban una inestabilidad vasomotriz muy clara, lo cual constituye un síndrome clínico muy aparente.

Por otra parte, han comprobado que en todos los casos la hemoptisis va precedida de trastornos congestivos y que esta congestión se establece algunos minutos antes; pero a veces también tiene lugar varias horas con anticipación a la hemoptisis. Por lo tanto, parece posible evitar el accidente mediante una intervención rápida y conveniente.

Por lo tanto, es de toda necesidad disminuir la excitabilidad de los vasomotores, porque, según lo indican claramente los autores, la intensidad de la circulación pulmonar, sus bruscas variaciones y la riqueza y complejidad del aparato vasomotor anexo, son otras tantas condiciones favorables al desarrollo de estas manifestaciones vasomotrizes pulmonares.

Para proceder fisiológicamente contra esta hiperexcitabilidad de los vasomotores pulmonares no hay más que un medicamento que dé resultados satisfactorios, y éste es el muérdago administrado rápidamente en inyecciones hipodérmicas y, si no es de tanta urgencia el remedio, por la vía gástrica.

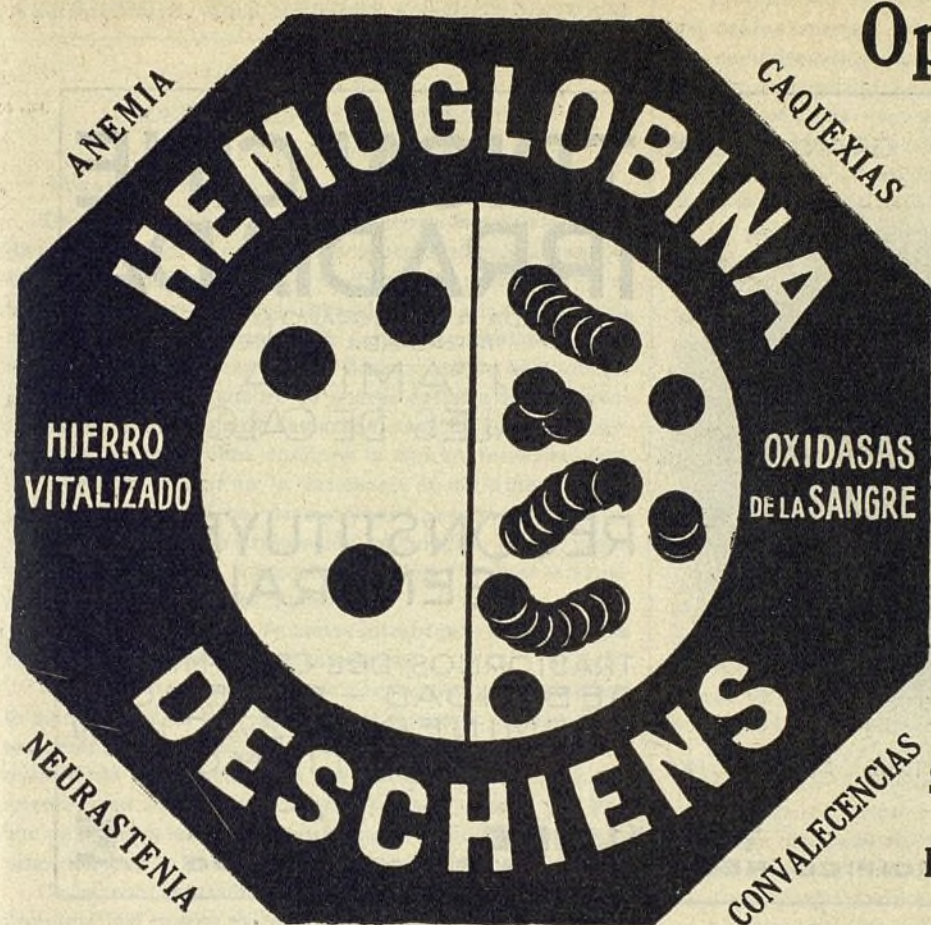
Precisamente su actividad en el tratamiento de las hemoptisis, estudiada por Gaultier, fué la causa de la reaparición del muérdago en la terapéutica; y para darse cuenta del mecanismo de esta acción, este autor, en unión de Chevalier, hizo los primeros estudios farmacodinámicos sobre el muérdago.

Hoy por hoy el mecanismo de esta acción vasomotriz es perfectamente conocida; Chevalier y el profesor Busquet, en Francia, y Fedeli y Antonini en Italia, han demostrado que se trata de una acción sedante central que disminuye por intermedio del bulbo y de la medula la hiperexcitabilidad de los vasomotores y especialmente los de la vida vegetativa y que, por otra parte, hay que tener también en cuenta el descenso de la excitabilidad y de la contractilidad de los músculos de fibras lisas.

Fácilmente nos daremos cuenta de las ventajas que ofrece este medicamento sobre el nitrito de amilo, la trinitrina y los preparados de cornezuelo de centeno anteriormente empleados, que obraban locamente sobre los vasomotores y los músculos de fibras lisas, pero de una manera momentánea. Con el muérdago obramos directamente sobre la causa: la inestabilidad vasomotriz señalada por Besançon, y hacemos bajar la tensión sanguínea, y ya sabemos que la hipertensión es casi siempre indispensable para que se produzca el accidente.

El empleo de la *Guipsine*, que contiene la totalidad de los principios activos del muérdago, privados de las sustancias irritantes e inertes, permite utilizar en los casos urgentes las inyecciones hipodérmicas. Una ampolla dosificada a 5 centigramos determina casi inmediatamente su acción e impide o hace cesar la hemorragia.

Después se debe continuar la medicación empleando las píldoras de *Guipsine* en dosis de seis a diez diarias, durante varias semanas. No son de temer ni la intolerancia, ni la habituación, ni fenómeno alguno de acumulación.



Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de
DESCHIENS

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS

Síndromes Anémicos
y de las
Decadencias Orgánicas

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

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

**Obra más regularmente que todas
las preparaciones de Digital**

Gránulos al 1/10 de miligramo. — Solución al milésimo.
Ampollas al 1/4 de miligr. para inyecciones intramusculares.
Ampollas al 1/5 de miligr. para inyecciones intravenosas.

LABORATOIRE NATIVELLE, 27, Rue de la Procession — PARIS (XV^e)

Draeger.

SELLOS

GRANULADOS

TRICALCINE IRRADIADA

DOSIFICADA A ½ MILIGRAMO de ERGOSTERINA
IRRADIADA POR DOSIS

VITAMINA D
SALES DE CALCIO

RECONSTITUYENTE GENERAL

TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO
DEBILIDAD - CARENIA
DESMINERALIZACION
RAQUITISMO

21, RUE CHAPTAL - PARIS - IX^e



TRICALCINE

EL ESPECIFICO RECALCIFICANTE MAS ANTIGUO



**¡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 la central farmacéutica por el Sr. D. Juan y Quirós Hernández, Farmacia "El Mandri" en la Calle de Alcalá, 100, Madrid.



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 83 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 81,00
» con porta-irrigador.....	» 74,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 18 de Abril de 1931.

CUERPOS EXTRAÑOS IGNORADOS EN LOS BRONQUIOS

Dr. A. García Tapia: En el transcurso de veintiséis años de práctica sobre extracción de cuerpos extraños traqueobronquiales hemos insistido, en diferentes ocasiones, sobre la necesidad que el único tratamiento de ellos es la broncoscopia, dada su inocuidad y excelentes resultados obtenidos. En la actualidad puede decirse que no hay médico general que ante un cuadro de cuerpo extraño de vías árbol traqueobronquial deje de enviarle al especialista en la seguridad de que todos ellos dominan la técnica broncoscópica.

Queremos insistir en la existencia de multitud de cuerpos extraños en el árbol bronquial que permanecen ignorados y son hallazgo de exploración radiológica. De 230 casos de cuerpos extraños traqueobronquiales, 72 observaciones son de cuerpos extraños ignorados.

Los casos de cuerpos extraños intrabronquiales podemos agruparlos en las siguientes categorías:

Cuerpos extraños de tráquea y bronquios con antecedente manifiesto y en los que desde el momento del accidente se presentan síntomas respiratorios tan típicos que no hay quien dude de la existencia del cuerpo extraño. Es lo corriente, y en nuestra estadística alcanzan el 28,5 por 100; son enviados a los especialistas por el médico general, que proceden a su extracción por maniobras broncoscópicas.

Casos con antecedentes claros de aspiración traqueobronquial del cuerpo extraño; ligeras las alteraciones respiratorias, o bien no se producen y llega a suponer el médico que el cuerpo extraño fué expulsado en alguno de los accesos de tos. El enfermo consecutivamente al paso del cuerpo extraño al árbol bronquial, en los primeros momentos, tiene tos intensa, sofocación, náuseas, etc., y después, o sigue el cuerpo extraño siendo intolerante o es tolerado. En este último caso no deja de ser frecuente la suposición que el cuerpo extraño fué expulsado por náuseas o vómitos.

Otros casos tienen antecedentes claros de paso de cuerpo extraño al interior de las vías aéreas y ser inmediatamente expulsado; sin embargo, aparecen fenómenos pulmonares que el enfermo no presentaba anteriormente a la aspiración del cuerpo extraño. Síntomas pulmonares aplicables por no haber sido expulsado totalmente el cuerpo extraño o varios los aspiradores y sólo expulsados parte de ellos. Circunstancias que obligan al especialista a realizar una exploración completa del aparato traqueobronquial sin descuidarla por el hecho de haber extraído broncoscópicamente alguno de ellos. Es la misma práctica a seguir; extracción de cuerpos extraños de la traqueobronquial posibles de fragmentarse.

Como interesante recordemos los casos que desarrollan un cuadro de asfixia; ante su agudeza se recurre a la traqueotomía, para después no encontrar el cuerpo extraño que en dicho momento provocó estos fenómenos espasmódicos respiratorios, a pesar de realizar exploración detenida de las vías traqueobronquiales. En dos ocasiones nos hemos visto sorprendidos que el cuerpo extraño había quedado alojado entre cánula de traqueotomía y cuerdas vocales. En estos casos conviene disponer el enfermo en posición invertida, terminando con una laringoscopia retrógrada, y en ambos casos una simple pinza nos permitió la extracción del cuerpo extraño.

También hay casos que sin el antecedente de aspiración del cuerpo extraño presentan sintomatología respiratoria, por cuyo desdibujo debemos proceder a una radiografía de aparato respiratorio. La clínica afirma varios casos de éstos; la sintomatología respiratoria puede explicarse por la presencia de un cuerpo extraño traqueobronquial hasta entonces ignorado, y a cuya extracción por maniobras broncoscópicas sigue la mejoría y la curación rápida.

(A cada uno de estos puntos el ponente, el Dr. Tapia, presenta varios casos clínicos con interesantes radiografías.)

Dr. J. Decref Ruiz: En la iniciación de la radiología pudimos explorar un niño de seis años de edad; proceso pulmonar grave; en pulmón, muy clara la imagen de un guardapuntas de lápiz; antecedente de haberlo aspirado varios meses antes, en cuyo transcurso, después de una fase intensa de sofocación que rápidamente pasó, todo quedó tranquilo, y el niño meses después es cuando inicia su proceso pulmonar, fecha en la que no se disponía de las exploraciones endoscópicas; fué intervenido quirúrgicamente con mal resultado.

Dr. A. Jimeno Cabañas: Otro caso de la era prerradiológica: niño de cuatro años de edad; ingresa en el servicio con intensos síntomas de sofocación; a tal extremo llegaron que fué preciso realizar traqueotomía, en cuyo momento un acceso de tos expulsó el cuerpo extraño (hueso de cereza, por la herida de traqueotomía).

Dr. J. Codina Castellví: Caso de cuerpo extraño bronquial ignorado de bronquios. Lo vemos por presentar hemoptisis de repetición, y con el diagnóstico de tuberculosis pulmonar hacemos una radiografía, viendo en ella la presencia de un alfiler al nivel del bronquio izquierdo. En día subsiguiente las maniobras broncoscópicas no permitieron su hallazgo ni comprobó su presencia una nueva radiografía. La madre nos dijo que la noche anterior había tenido el niño un intenso acceso de sofocación con tos y vómitos. Explorado el enfermito, pudo hallarse radiológicamente el alfiler en la luz intestinal. Seguramente en el acceso de sofocación el alfiler había sido movilizado, arrastrado con las mucosidades y deglutido.

Dr. F. Huertas Barrero: Caso de cuerpo extraño también ignorado en una niña de cinco años. Esta se nos presenta con una tumoración líquida en un hemitórax. Marcada la fluctuación, damos salida quirúrgicamente al contenido, que era purulento, y con él salió una espiga.

ABORTO Y SECRECIONES INTERNAS

Dr. A. Jimeno Cabañas: Los puntos expuestos ponen de manifiesto bien claramente que en la etiología del aborto intervienen causas endocrinas. Ahora bien, digamos que en materia de endocrinología no está todo aclarado; existen muchos puntos oscuros, y por ello recordamos como otra posibilidad de aborto, y en especial por los estudios modernos, la relacionada con la fiebre de ondulante y la epizootia de Bang.

Dr. J. San Pedro Anchochury: Creemos de interés insistir que entre las causas de aborto, además de las señaladas, hemos de colocar las que no entran en la discusión de esta Academia y sí en la Academia de Ciencias Morales y Políticas.—*M. Aceña.*

Sesión del 25 de Abril de 1931.

CASOS CLÍNICOS

Dr. L. Cardenal Pujals: Tres casos clínicos de fractura de húmero seguidas de pseudoartrosis; dos de ellos producidos por explosión de arma de fuego, con pérdida de sustancia; en el tercero con defectuosa afrontación de fragmen-

tos. En los dos primeros tratamos la pseudoartrosis mediante injerto autoplástico, tomado de tibia en uno y en el otro de peroné, consiguiendo la consolidación ósea. El tercer caso fué tratado por la colocación de una férula de Lambotte.

Los excelentes resultados obtenidos en estos casos de fractura los hemos aplicado al tratamiento de un caso de pérdida de partes blandas de cara y anquilosis maxilar consecutivo a noma. En este caso hemos realizado la inclusión de un trozo de costilla debajo de la piel a lo largo de la rama del maxilar inferior; en un segundo tiempo realizar la extirpación de la correspondiente rama del maxilar, con lo que tendremos tejidos blandos movilizables para reconstituir partes blandas y cubrir la pérdida de substancia de la cavidad bucal y finalmente colocar el injerto de costilla en cuyo extremo correspondiente a la rama ascendente del maxilar hemos de procurar la formación de una pseudoartrosis y con ello la movilización del maxilar inferior.

Dr. J. Goyanes Capdevila: En varias ocasiones hemos presentado casos de injertos óseos en el tratamiento de fracturas. Hemos de tender siempre a la realización de autoplastias óseas, única manera de estimular la osteogénesis. El empleo de las prótesis metálicas fracasa en muchos casos.

En cuanto al caso de noma, digamos que estas reconstrucciones son difíciles de conseguir; hemos de resolver el problema de partes blandas y de partes óseas; aquél exige la extirpación y reconstrucción de piel y mucosa que en muchos casos está llena de contratiempos.

CUERPOS EXTRAÑOS IGNORADOS DE LOS BRONQUIOS

Comunicación del Dr. Tapia.

Discusión.—Dr. Vital Aza: Con cierta relación al tema es el caso de una mujer que cinco o seis meses antes se nos presenta con una tumoración abdominal; con diagnóstico poco preciso se hace laparotomía, encontrando al abrir peritoneo con un conglomerado de asas intestinales y epiploon. A la exploración manual nos pinchamos y logramos hallar un contenido metálico que resultó ser dos horquillas invisibles. Extraídas, rápidamente desaparecieron todas las molestias.

El interrogatorio puso de manifiesto que meses antes, estando la enferma dándose un toque faríngeo de glicerina yodada utilizando como portaalgodones dichas horquillas, al sufrir una emoción creyó que dicho portaalgodones había caído por la salida de aguas, mucho más que una exploración broncoscópica no halló nada en árbol traqueobronquial. Fué aconsejada una radiografía de aparato digestivo, pero la ausencia de molestias no obligó a la enferma a su realización.

Dr. J. Goyanes Capdevila: El asunto de los cuerpos ignorados de los bronquios es muy abundante en casuística. Se han realizado progresos, tanto en diagnóstico como en tratamiento, por los métodos endoscópicos. En la actualidad, para su extracción no precisa ni la anestesia general ni la traqueotomía previa. Con los métodos endoscópicos y la vía estomatodistal se resuelve sin contratiempos el 98 por 100 de estos casos.

ABORTO Y SECRECIONES INTERNAS

Comunicación del Dr. Marañón.

Discusión.—Dr. Vital Aza: No es posible ser axiomático, pero hay pocas cuestiones en obstetricia con más justicia defendidas que la etiología sífilítica del aborto y parto prematuro repetido. Es cuestión que el médico general debe tener siempre en cuenta y en este sentido resolver en clínica.

Habiendo pasado de la época de la irritabilidad uterina,

como causa de aborto, hemos llegado a imponer de modo absoluto que cuando anatómicamente, histológicamente y ginecológicamente no es posible encontrar causa de los abortos o partos prematuros repetidos deben ser explicados por la sífilis, sin considerarlos serológicamente y tomando como piedra de toque solamente el tratamiento específico.

Es una verdadera cruzada social la que se ha realizado para llegar a esta labor terapéutica antisifilítica en los abortos o partos prematuros repetidos.

Todo ello no puede ser obstáculo para que desde el punto de vista ginecológico existan otras causas de aborto. Desde este punto de vista hemos de colocar los trastornos endocrinos y aun las avitaminosis.

En nuestra estadística tenemos registrados dos casos de abortos repetidos, aun después del tratamiento antisifilítico bien realizado; comprobada una insuficiencia tiroidea bastó el tratamiento tiroideo coincidiendo con embarazo para éste llegar a término con feto vivo.

Dr. S. Recasens Girol: La relación de las secreciones internas al aborto se conoce desde 1902, en especial por los trabajos experimentales sobre extirpación de cuerpo lúteo en conejas seguidas de abortos. Los casos operatorios no los confirmaron; se han referido mujeres embarazadas que en plena gestación por otra cualquier causa hubo necesidad de la extirpación del ovario y del cuerpo lúteo de la gestación, sin que por ello se realizara el aborto.

Ahora bien; en este asunto no es lo mismo aborto que parto prematuro; no es lo mismo los tres o cuatro primeros meses de gestación que los embarazos después de esta fecha. No se puede hablar lo mismo de la nidación del huevo que cuando éste ya se ha injertado.

Puede decirse que los partos prematuros son producidos en general por la sífilis. Son muchos los casos de esta naturaleza que con tratamiento específico y aun con serología negativa se obtienen fetos vivos después de un tratamiento antisifilítico.

En cuanto a los abortos repetidos, procedemos al tratamiento antisifilítico solamente con serología positiva. Ciertamente sus causas son muy diversas; entre ellas podemos colocar las insuficiencias endocrinas, en especial la tiroidea; medicación tiroidea que utilizamos ante la ausencia de causas del aborto repetido y existencia de síntomas indicadores de esta insuficiencia endocrina.—*M. Aceña.*

Sesión inaugural de la Semana Nacional de Higiene Mental.

En el salón de actos de la Academia Nacional de Medicina y bajo la presidencia del Dr. Pascual Martínez, director general de Sanidad, se ha celebrado la sesión inaugural de la llamada Semana Nacional de Higiene Mental, organizada por la entidad Liga de Higiene Mental.

Al comienzo de la sesión el secretario del citado organismo, Dr. Germain, dió lectura a un trabajo en el que de modo elocuente hace resaltar la importancia cada día mayor que van adquiriendo en los diferentes países las llamadas Ligas de Higiene Mental.

Más adelante estudió igualmente la trascendencia de los servicios de profilaxis mental, exponiendo sugerencias en el sentido de la manera cómo éstos deberían ser organizados en nuestra patria. Señaló como centros importantísimos para la corrección de los más elementales fines profilácticos las casas llamadas de conducta, los institutos de orientación profesional, así como la creación de dispensarios psiquiátricos anejos a los manicomios.

A continuación hizo un detenido estudio de las casas de reposo que con tanto éxito vienen funcionando en la Europa central y Rusia. En este punto el Dr. Germain hizo proyectar

una serie de fotografías de lo que estos centros son en Alemania, material documental que debe al presidente de la Liga alemana de Higiene psíquica.

Terminó su discurso con unos brillantes párrafos llamando a la Liga de Higiene Mental a todos aquellos que desde cualquier actividad profesional se interesan por los problemas médicos o sociales de los enfermos mentales, afirmando que de la aportación personal y financiera de todos depende la creación en nuestro país de centros como los mencionados, y, por tanto, de ellos la resolución del problema psiquiátrico en España, actualmente tan cargado de negros tintes.

A continuación entró en el uso de la palabra nuestro admirado compañero de Redacción el sabio psiquiatra y académico de la Nacional de Medicina Dr. Fernández Sanz, que tras un cariñoso saludo al nuevo director general de Sanidad y un efusivo deseo de éxito y perduración de la trascendental obra reformadora que ahora emprende, define lo que debe entenderse por política psiquiátrica. En su criterio debe entenderse por tal la participación de los Municipios, Diputaciones y organizaciones del Estado en la asistencia al enfermo mental. Considera como postulado básico de esta política el derecho que tiene el enfermo psiquiátrico a la asistencia médica y social, debiendo, por lo tanto, desaparecer en todo Estado moderno su concepto caritativo de los cuidados al psicópata.

En último término, de su interesante discurso deslizó sugerencias en el sentido de una práctica realización de los deseos de todos de modernizar la asistencia psiquiátrica. Deseos que son postulados de la labor de la Liga y que todos esperan sean bien acogidos por el Estado.

El Dr. Pascua, director general de Sanidad, recogió las proposiciones de los Dres. Germain y Fernández Sanz, y terminó mostrando su satisfacción de declarar abierta, en nombre del Gobierno provisional de la República española, la Semana Nacional de Higiene Mental.

Conferencia del Dr. Jiménez Asúa.

En el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina celebróse, cumpliendo el programa previamente anunciado, la segunda conferencia de la Semana de Higiene Mental. Estuvo encargado de ella el profesor en Derecho penal de la Universidad Central, Dr. Jiménez Asúa, que disertó sobre «Aspectos psiquiátricos de la criminología».

Comenzó el Sr. Jiménez Asúa trazando un bosquejo de las transformaciones sufridas en el transcurso de los años, en el estudio general de las ciencias, desde las tendencias analíticas más extremistas a las síntesis más especializadas.

Más adelante, al iniciar el estudio de la Criminología, manifestó que esta ciencia cae por completo dentro del campo de acción del biólogo y del psiquiatra.

A continuación hace un poco de historia de esta ciencia criminológica, desde las épocas de Ferri y Lombroso hasta el actual momento, señalando las diversas influencias que han actuado sobre ella. Los principales factores que sucesivamente han influido sobre la ciencia criminológica pueden agruparse en tres órdenes, que son: 1.º, antropológicos; 2.º, sociológicos, y 3.º y último, psiquiátricos, entendiéndose en este grupo todos los factores de índole psiquiátrica.

De este punto pasó a estudiar los conceptos de «peligrosidad» y de «culpabilidad», deduciendo de ellos la verdadera orientación moderna y psiquiátrica de la Criminología.

El Dr. Jiménez Asúa terminó su brillante disertación estudiando las relaciones de la Criminología con la herencia, la endocrinología, la psiquiatría y muy particularmente con el psicoanálisis.

Fué aplaudidísimo.

CURSO DE DIVULGACIÓN ORGANIZADO POR LA ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA

Conferencia del Dr. Sáinz de Aja.

Ante un numeroso y distinguido público pronunció el Dr. Sáinz de Aja su anunciada conferencia del curso de divulgación organizado por la Academia Médico Quirúrgica.

Tras un breve proemio, rápidamente penetró en el tema de su conferencia. Comenzó señalando como el acontecimiento más trascendental ocurrido últimamente en el campo de la especialidad la reanudación de los Congresos internacionales, celebrada en el pasado mes de Agosto en Copenhague, en donde se trataron una porción de asuntos fundamentales de la especialidad.

Se ocupó a continuación del estado actual del diagnóstico serológico de la sífilis, mencionando las últimas reacciones introducidas con este fin últimamente en la práctica. Habló de la arsenoterapia intramuscular de esta infección, diciendo que este procedimiento está lleno de restricciones y que sólo puede emplearse con buenos resultados en un número muy limitado de casos.

Más adelante habló igualmente de los compuestos bismúticos solubles, señalando su actividad terapéutica y mencionando que la menor dosis que por lo general se emplea de estos productos va en detrimento de su poder curativo. En su criterio, el aumento de las dosis comerciales de estos medicamentos únicamente va en beneficio de la actividad terapéutica, sin grandes riesgos de intolerancia e intoxicaciones.

Pasa después a hablar del régimen declorurado de Gerson, que considera como la dieta ideal del tuberculoso, pero en manera alguna le concede el valor curativo que muchos autores han señalado. Por esta circunstancia propone que la dieta de Gerson sea asociada a los tratamientos internos y externos empleados habitualmente en el tratamiento de la tuberculosis cutánea, como son la auroterapia, helioterapia, rayos X, etc.

A continuación habla del tratamiento de las dermatitis ampollas por medio de la radioterapia paravertebral o la punción lumbar. Considera ambos procedimientos como de mecanismo terapéutico análogo y los cree utilísimos en la enfermedad de Durhing y hasta en algunos casos de pénfigo.

En último término, cree que las revisiones, que a primera vista parecen ir a derrumbar el concepto nosológico del enfermo, han de tener por resultado un mejor conocimiento de la etiología y patogenia de este síndrome dermatológico.—Dr. M.

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 27 de Abril de 1931.

SOBRE UN TRATAMIENTO ETIOTRÓPICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dr. Ruiz Illescas. Fundados en estudios sobre la estructura de la molécula albuminoidea y en investigaciones experimentales, hemos llegado a la preparación de un producto que consideramos de utilidad en el tratamiento etiotrópico de la tuberculosis pulmonar humana con una casuística que alcanza de 300 a 400 casos de diverso tipo.

Desde 1917 hemos hecho varios estudios experimentales, los primeros en el Instituto Nacional de Higiene con conocimiento de su personal, especialmente del Dr. Partearroyo, con resultados diversos explicables por la preparación del producto en laboratorios distintos.

Como trabajos lisonjeros para este tratamiento citemos

los experimentales realizados en el Instituto provincial de Higiene de Cuenca.

Todo ello nos ha llevado a su empleo en clínica, cuyos



resultados presentamos, escogiendo de nuestro material clínico 12 casos de tuberculosis pulmonar y que presentamos acompañados de historial clínico y pruebas radiológicas.

Dr. F. R. Partearroyo: Por haber sido aludido, me creo en la necesidad de intervenir en esta cuestión, queriendo ante todo felicitar al exponente por los ensayos realizados encaminados a aclarar el mecanismo de la acción del producto ensayado. No es posible dejar la cuestión en el lugar presentado; se debe insistir en él, a igual que en otros semejantes, cuando se lanza o se trata de lanzar un producto al mercado, que en un tanto por ciento de casos, como con otros muchos que son motivo de propagandas más o menos científicas y empleados por distintos médicos, dan un tanto por ciento de resultados que producen verdaderos perjuicios, siendo en buena clínica más útil al enfermo no ser tratado con nada a menos que se tenga seguridad completa de lo que se emplea. Digo que cuando el tuberculoso pulmonar es tratado por esta clase de productos, creen muchos médicos, y sobre todo los enfermos, que se está haciendo algo útil; en verdad, lo que se deja de hacer es mucho de lo útil que hasta la actualidad se ha demostrado como francamente beneficioso para esta clase de enfermos, como son el reposo, las intervenciones colapsoterápicas y en cierta medida la quimioterapia.

Creo de gran interés práctico ocuparse de todos los productos nuevos anunciados como algo extraordinario en el tratamiento y profilaxis de la tuberculosis pulmonar sometiendo a una comprobación científica y experimental.

Conocido el ponente de esta comunicación en una visita que realizó al Instituto Nacional de Higiene, se nos presentó llevando un producto que decía útil para el tratamiento de la tuberculosis. Hechos los estudios experimentales en el sentido por él propugnado, los resultados fueron confusos

y nada útil se sacó. Consecutivamente el autor de tal producto desaparece de nuestro contacto, y es sólo hace algunos meses cuando leemos un trabajo en el que se incluye el informe del Instituto provincial de Higiene de Cuenca, y por lo expuesto en dicho trabajo nos creímos en la necesidad de repetir las investigaciones. Estas han sido realizadas con técnicas variadas, empleando dosis mucho menores de material inoculado y, en cambio, dosis más elevadas de producto terapéutico. Hemos de decir que este producto es muy irritante; por vía venosa produce en los animales necrosis local, al punto que se deshace la oreja. Es por lo que no es posible su uso intravenoso a no ser diluido, y así y todo provoca rápidamente esclerosis venosa. En inyección intracardiaca instantáneamente provoca la muerte del animal; por vía subcutánea es bien tolerado, pero de modo relativo; pues en dosis menores de las aconsejadas por el autor produce edema local, y estudiada la zona de inyección se encuentra intenso foco hemorrágico.

Realizados los estudios experimentales en cobaya utilizando la vía subcutánea, sirviéndonos de una dosis mucho menor de bacilos de Koch a inocular y dosis terapéuticas del producto mucho más elevadas y aun inyectando en el lugar de la inoculación bacilar, los resultados han sido nulos en los testigos como en los tratados; aparición de tuberculosis ganglionar evolutiva. No hemos obtenido el menor resultado útil.

Se nos ha dicho que la desigualdad de resultados con otros experimentadores se debe en gran parte a la variabilidad del producto, en estrecha relación con el procedimiento de preparación.

Vistas estas irregularidades suspendimos la experimen-



tación y aconsejamos que el producto no fuera lanzado al comercio, pues si bien es un preparado que no provoca perjuicio inyectado subcutáneamente, sí es grande el que acarrea al enfermo al alejarle del tratamiento útil de la tuberculosis pulmonar.

EXPERIENCIAS PERSONALES SOBRE LOS CENTROS
NERVIOSOS DEL SUEÑO PRÓXIMOS AL TERCER VENTRÍCULO
DEL CEREBRO

Dres. Lafora y Sanz (de Zaragoza): Problema muy extenso y muy abundante en el campo experimental. El sueño es una manifestación biológica general del organismo que ocurre en toda clase de animales, tanto en el hombre como en los seres de sistema nervioso todavía no formado. Se conoce la existencia de centros reguladores del sueño, pero no se ha llegado a su precisión.

Entre las teorías para explicar el sueño tenemos la vasomotriz; las teorías químicas, endocrinas, neurodinámicas; la teoría de Baufner o inhibitoria. Son interesantes los trabajos de Spiegel y los de Pawlow o de los reflejos condicionales. Todavía existen más teorías, pero ninguna de ellas ha



sufrido la demostración experimental. En 1917 los trabajos de Ecónomo han marcado fecha.

Teniendo en cuenta los trabajos clínicos y experimentales sobre la situación de los centros del sueño, así como los trabajos de Demolz sobre la determinación específica de los centros del sueño, realizada por lesiones en la región infundibular o mediante inyección sobre estas zonas de calcio o hipnóticos, a su vez confirmados por la escuela de Marinesco, hemos llegado a la realización de la punción del cuarto ventrículo, según técnica de Plauf, para después inyectar el cloruro de cal y obtener la provocación del sueño. En verdad, el sueño en estos animales de experimentación lo hemos conseguido, pero la técnica de Plauf provoca síncope a veces mortales que dificultan grandemente la experimentación. Es por lo que abriendo paso a la piel del occipucio y llegando a la membrana occipitotatloidea y realizando un pequeño orificio sobre ella es posible introducir una sonda de pequeño calibre cuya oliva sea del tamaño exacto de la luz del acueducto de Silvio y con ello hacer imposible el reflujo de las sustancias que inyectemos para que arriben al infundíbulo y tercer ventrículo. Técnica que nos permite,

como hemos conseguido en varios gatos, provocar el sueño reversible con III a V gotas de la solución de cloruro de cal al 5 por 100 o bien de luminal; sueño profundo que aparece en pocos minutos.

Experiencias que, si bien no permiten demostrar los núcleos del sueño, sí presentan su situación en la región del infundíbulo.

Trabajo avalado por abundante material gráfico y una interesantísima cinta cinematográfica mostrando los diversos gatos empleados en esta experimentación y los diferentes momentos de la misma.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA
Y SIFILIOGRAFÍA

Sesión del día 8 de Abril de 1931.

Presidencia, Dr. Bejarano.

Dr. Sanz Beneded: Presenta un caso de aortitis de la rama descendente en un individuo sífilítico que al propio tiempo presenta unas queloides de la porción esternal.

Dr. Soto: Interviene brevemente para precisar los datos precisos para efectuar un diagnóstico de aortitis de un modo correcto. No basta, como en el caso del Dr. Sanz Beneded, con una telerradiografía. Para llegar al convencimiento de que se trata de una aortitis de la rama descendente es preciso efectuar exámenes oblicuos, ya que, como demuestra de un modo objetivo con proyecciones, con una sola exploración radiográfica puede confundirse este proceso con la estrechez pulmonar, esclerosis y ateroma, así como con la dilatación aneurismática.

Dr. Fernández de la Portilla: Tras de elogiar la comunicación del Dr. Beneded, dice que únicamente interviene para aconsejar el empleo de la dieta de Gerson en el tratamiento de los queloides que presenta el enfermo, con la que él ha conseguido algún resultado digno de consideración.

Dr. Covisa: Después de felicitar al Dr. Sanz Beneded, le dice que conviene estudiar bien las modificaciones radiológicas que se obtengan con el tratamiento específico, ya que la edad del sujeto y la existencia de hipertensión permiten pensar en la posibilidad de una arterioesclerosis.

En lo referente a la etiología de los queloides, cree más bien que se trate de un origen químico cáustico que a unas cicatrices sífilíticas. Funda esto en la ausencia de caracteres morfológicos sífiloides de estas cicatrices hipertróficas.

Dr. Hombría (R.): Considera doblemente interesante esta comunicación por el hecho de encontrarse una aortitis descendente acompañada de hipertensión, lo que es excepcional en la sífilis y frecuente en la arterioesclerosis.

En lo referente al tratamiento de los queloides, cree que es probable que se modifiquen con la dieta de Gerson, si bien no cree en la etiología tuberculosa de estos procesos; en su opinión debe emplearse la extirpación con navaja de afeitar y electrocoagulación, seguida de aplicaciones de radium o rayos X.

Dr. Sanz Beneded: Rectifica agradeciendo su intervención a los Dres. Soto, Portilla, Covisa y Hombría.

Dr. Sáinz de Aja: Presenta una enferma de liquen plano de Wilson, curiosa por la localización del proceso en territorio del nervio trigémino únicamente. Presenta típicas lesiones en la piel de ambos párpados superiores, en el dorso y bordes de la lengua, en mucosa de los carrillos y en surcos nasogenianos superiores e inferiores.

Como en esta localización del liquen, la radioterapia paravertebral o simpática no suele tener acción curativa, la enferma ha sido sometida a tratamiento arsenical que en el

poco tiempo que a él lleva sometida ha modificado extraordinariamente las lesiones.

A continuación el mismo Dr. Sáinz de Aja presenta un muchacho de dieciocho años que hace poco más de un año comenzó con coriza, apareciendo poco después en la cara lesiones de tipo tuberoso. Este proceso ha evolucionado así durante un año, sufriendo hace tres meses un cambio en el sentido de aparecer una intensa afonía, disfagia y desnutrición grande a consecuencia de las dificultades para alimentarse, presentando, además, una tumoración en el lado izquierdo del escroto y una laringitis ulcerosa con tos y expectoración.

Clínicamente hizo pensar el caso en las dos grandes infecciones crónicas, lepra y tuberculosis, resultando, sin embargo, negativas todas las investigaciones en este sentido. La biopsia, estudiada por el Dr. Arcaute, fué igualmente negativa en el sentido de lepra, tuberculosis, habiendo indicios, en cambio, de una micosis fungoide.

La biopsia que practicó el Dr. Tapia, estudiada por Illera y extirpada de la laringe, dió igualmente indicios de que se trataba de micosis fungoide.

Pensó al comienzo también en el muermo, pero ante las concordancias del diagnóstico histológico efectuado por dos anatomopatólogos tan competentes se vió obligado a aceptar que se trataba de una micosis fungoide.

Dr. Covisa: Considera de un extraordinario interés el caso presentado y siente que no haya venido acompañado de las preparaciones histológicas para haber podido personalmente interpretarlas, ya que clínicamente en ningún momento recuerda de la micosis fungoide. La fusión en estos tumores por la acción de los rayos X no es dato suficiente para poder afirmar el diagnóstico de micosis fungoide. Por las lesiones de la cara y por la infiltración en sabana de las mejillas permitiría en algún momento pensar en un caso de sarcoides.

Dr. Bejarano: Interviene porque él también ha tenido ocasión de ver este enfermo con anterioridad al Dr. Sáinz de Aja, habiendo desaparecido de su observación cuando aún no había podido llegar a un diagnóstico exacto.

Considera lógico que ante él se pensara en las dos grandes infecciones crónicas: lepra y tuberculosis. En el sentido de lepra ya había sido estudiado por él con resultado completamente negativo. En repetidos exámenes no pudo encontrarse el bacilo de Hansen, lo cual era dato suficiente ante la extensión de las lesiones, para poder eliminar el mencionado diagnóstico.

Como entonces tenía el enfermo un estado general precario, sin duda por la existencia de una afección febril intercurrente, se pensó en tuberculosis, y en este sentido orientaba sus investigaciones cuando desapareció el enfermo de su observación.

Más adelante le habló el Dr. Sáinz de Aja de este enfermo, exponiéndole la sugestión de que pudiera tratarse de un caso de muermo.

En lo referente al diagnóstico exacto de micosis fungoide a que ha llegado el Dr. Sáinz de Aja está de acuerdo con el Dr. Covisa. Clínicamente no tiene parecido alguno con el modo habitual de esta enfermedad. Trátase, por tanto, de un diagnóstico histológico exclusivamente, y por ello el caso es de un interés científico excepcional, porque si se comprueba queda demostrado que puede haber micosis fungoide tan atípica desde el punto de vista clínico que solamente sea posible llegar a su diagnóstico por medios histológicos.

Dr. Sáinz de Aja: En su rectificación se muestra de acuerdo en que este enfermo no tiene ningún parecido con

el cuadro de la micosis fungoide conocida por todos. Pero el hecho de haber sido eliminada la lepra primero y la tuberculosis después y el que coincidan dos histólogos de la competencia de Arcaute e Illera, sin haber tenido relación alguna con motivo de este caso, unido a la modificación de las lesiones bajo la influencia de los rayos X, es lo que ha inducido al autor a aceptar este diagnóstico.

* *

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 22 de Abril de 1931.

Presidida por el Dr. Soler.

El Dr. Otaola, antes de entrar de lleno a exponer y comentar el tema «Un fracaso del diagnóstico biológico de la gestación», en ameno proemio trajo a cuento recuerdos y disquisiciones históricas; fundamentales y básicos razonamientos y enseñanzas que jamás deben quedar relegados a segundo término en este aspecto; aforismos, frases y sugerencias, en que con más o menos acierto y humorismo reflejaron su criterio variadas personalidades, entre las cuales cita como las más destacadas las proferidas por un médico, un fraile y el renombrado Dr. Simarro, de feliz recordación, etcétera; relata el caso en que con urgencia se reclamaba el preciso diagnóstico que con ahincado afán e interés pretendió esclarecer utilizando por tres veces las reacciones en boga, obteniendo como resultado una reacción positiva en la primera, dos negativas en la segunda y tercera y, como final, un embarazo confirmado y patente el error diagnóstico.

El Dr. Vital Aza le cita al Dr. Otaola por el buen servicio hecho a la especialidad al patentizar los fracasos; y a su vez da cuenta de otros dos por él recogidos, uno antagónico y otro en armonía del laboratorio con la clínica.

El Dr. López Dóriga emite su parecer en el sentido de que en todas estas experiencias deben emplearse, no sólo las reacciones ya mencionadas, sino la de Brohuas y que lo mismo debiera hacerse con toda escrupulosidad tres veces al investigar la sífilis y el epitelioma.

El Dr. Lorca manifiesta que los servicios en que colabora, entre doscientas y pico de observaciones anotadas, también han registrado un error diagnóstico.

El Dr. Blanco, después de encomiar el mérito literario y científico de la comunicación que se discute, llama la atención hacia los cuidados, precauciones y técnica de que debe rodearse a los animales que como testigos han de aportar los materiales necesarios a la más perfecta y concienzuda observación.

El Dr. Otaola rectifica dando las gracias a cuantos han intervenido en la discusión del caso objeto de su observación, añadiendo para terminar la recomendación de no incurrir en aseveraciones absolutas porque con todos los procedimientos se registran fracasos inesperados.

El presidente, Dr. Soler, recomienda de buen grado los progresos de la ciencia; considera innegable que se discurre poco, y que se deje relegada a muy segundo término a la clínica.

(Al oír las manifestaciones del Dr. Soler, el que está escribiendo recordó con verdadera fruición a un sesudo y modesto compañero rural que con raro acierto diagnosticaba *de visu* el más precoz embarazo; ocasionándole a veces tal habilidad sendos disgustos, con flemático desdén abordadas, ante la seguridad *nunca fallida* de que sus vaticinios serían ostensiblemente confirmados haciendo desaparecer las irracionales ojerizas y desconfianzas, y reafirmando con sus repetidos triunfos la sólida reputación de que con este concepto disfrutaba.)—*Sedisal.*

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE MADRID

Sesión del 23 de Abril de 1931.

Presidida por el Dr. Suñer.

El tema «Espasmo de torsión», de que son coautores los Dres. Ramos y Zamarriego, y que a cargo del primero corrió desenvolver, haciendo la descripción, estudio detenido de su característica sintomatología, formas que el calificado espasmo de torsión adopta, posibles confusiones a que éste se presta por su gran parecido con otros afectos con los que fácilmente puede incurrirse en el equivoco, la necesidad imprescindible de precisar el diagnóstico diferencial si éste ha de quedar clara y satisfactoriamente preestablecido, etc., etc., fueron los puntos minuciosos y competentemente tratados por el orador, que con extraordinario interés se afana por alcanzar la verdadera conclusión a que noblemente confiesa no ha podido llegarse todavía.

El Dr. Martín Calderín, bien documentado por sus largas prácticas, observaciones y experiencias otorrinolaringológicas y apoyado en la autoridad que se desprende de las estadísticas que como incontrovertible argumento a su alcance tiene, con el enunciado «Dos casos de faringolaringitis diftérica de evolución atípica» dió a conocer su historial, poniendo de relieve las anomalías y rarezas observadas en su evolución, tanto en lo que respecta a la implantación de placas y su difusión como a las dosis de sueros empleados y el tiempo transcurrido en su curación, sacando de todo ello la razonada consecuencia de que en la actualidad la difteria se ha agravado por las particularidades de una más extensiva e intensiva localización, por la precisión de reforzar las dosis de sueros inyectables y por el lapso de tiempo transcurrido en su curación; de todo lo cual surge la interrogante de a qué será debido semejante fenómeno, siendo así que ni en el terreno, ni en la virulencia del microbio, ni en la preparación de sueros puede conjeturarse radique la causa. El Dr. Muñoz Seca interviene manifestando que ante tales contingencias lo primero que hay que averiguar es si existen asociaciones de gérmenes, el sarampión como ejemplo, porque la difteria, lejos de empeorar, ofrece una tendencia apreciable a la levedad. El Dr. Martín Calderín rectifica insistiendo en los puntos de vista ya expuestos y en la necesidad de investigar a qué es debida tan insólita agravación. — *Sedisal.*

* *

BARCELONA

ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 27 de Marzo de 1931.

METABOLISMO DEL YODO

Prof. Dr. Cruz-Coke (de la Facultad de Medicina de Santiago de Chile): Por ser un tema muy vasto tratará únicamente de los hechos más importantes relacionados con el yodo. Estudia la tiroxina con su principal componente el yodo. Trata de la substancia resultante de las secreciones internas, tiroxina, adrenalina y otras, de cuyo estudio se desprenden infinidad de complejos químicos encaminados a esclarecer su composición, así como el de probables substancias intermedias con caracteres especiales. Estas substancias intermedias fueron sugeridas al conferenciante por el estudio de la composición química de la foliculina, en la que observó la presencia de un ácido graso no saturado y que tiene la propiedad de poseer iguales efectos químicos y biológicos que la foliculina total. Cita varios productos que teniendo una cantidad bastante importante

de yodo tienen la particularidad de no ser asimilados, por lo que su influencia es nula en el metabolismo; entre estos alimentos cita las espinacas. Detalla las experiencias de Cabello sobre el reemplazamiento del tiroides por la tiroxina y señala el titulado período de latencia por la aceleración del metabolismo, diciendo que actúa lentamente, así como también es lenta su desaparición. Si se emplea hígado *in vitro* junto con tiroxina se ve que no excita su metabolismo, pero si se inyecta tiroxina en los animales y se deja el tiempo de latencia necesario se ve que el metabolismo se acelera manifestamente. Explica los estudios por él realizados encaminados a la separación de la tiroxina de otros aminoácidos gracias a la dialización fraccionada a través de membranas de 4 milímetros de espesor. No ha logrado observar su presencia, pero sí la de otros aminoácidos, triptófán y otros.

* *

ACADEMIA DE CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 7 de Abril de 1931

LAS ICTERICIAS EN LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA

Prof. Dr. Antonio Trías Pujol: En el año 1925 ya publicó un trabajo («La ictericia en la equinococcia hepática y sus causas», *Rev. Med. de Barcelona*) y resumía en tres los mecanismos de producción de la ictericia en el curso de los quistes hidatídicos hepáticos: ruptura del quiste en las vías biliares intrahepáticas, compresión extrínseca del pedículo hepático por quistes desarrollados a expensas de la cara inferior del gígado (en especial en los lóbulos cuadrado y de Spigelio) y por complicaciones infectivas del quiste y de su vecindad. En aquel trabajo ya llamaba la atención sobre otra modalidad dentro de este mecanismo infectivo a propósito de la colecistitis. Se trata de una adenitis en el hilio hepático y en el espesor del epiplón gastrohepático que unido a la periadenitis concomitante es capaz de determinar una compresión extrínseca de las vías biliares extrahepáticas llegando a la producción de la ictericia. Fundaba la realidad de este mecanismo en una observación muy demostrativa en la cual la intervención permitió observar, además de un hígado grande con algunas tumoraciones múltiples y lobuladas en la cara anterior (varios quistes pequeños aparte de uno grande superior), una dilatación del colédoco y de la vesícula con dos o tres ganglios infartados situados a la derecha de aquél y con intensa periadenitis además de otro mayor situado encima del duodeno y también a la derecha del colédoco; desistió de todo drenaje coledócico, así como de la extirpación de los ganglios infartados, bastando la abertura y drenaje del quiste para ver desaparecer definitivamente la ictericia, no tanto por la colerragia que sigue a la marsupialización como por la desaparición de la adenopatía secundaria a la supuración quística, como lo prueba el hecho de que al mismo tiempo que disminuía la ictericia se coloreaban las heces, cosa que no hubiera ocurrido de tratarse sólo de un drenaje incidental de las vías biliares por la colerragia que acompaña a toda marsupialización.

Teniendo en cuenta este caso, creyó verosímil el mecanismo recordando el célebre ganglio colecistovesicular de Broca que ha dado lugar a veces a un hidrocolecisto. Por otra parte, es sabido que se produce la ictericia por idéntico mecanismo adenopático en algunos casos de colecistitis. También la tuberculosis de los ganglios del ligamento hepatoduodenal, determinando una ictericia, ha sido descrita por Orth, Tenani, Leube, Patotscherig y otros. Considera este mecanismo patogénico de la ictericia digno de tener en cuenta, aun basándose en la observación de un solo caso, pues aparte de que la observación recogida en el citado caso no

ofrece duda, es lógico que la infección del hígado dé lugar a la participación de los ganglios hiliares, especialmente si el quiste interesa las zonas corticales y anteriores del hígado, ya que las posteriores vierten la linfa predominantemente en los ganglios yuxtadóicos, en los supradiafragmáticos y en los retroxifoideos. Clermont y Frank demostraron que todos los ganglios pericoledóicos pueden infartarse por procesos infectivos intrahepáticos cualquiera que sea la altura en que estén situados aquéllos.

Seguidamente cita el siguiente caso que corrobora estas nociones: Joven sin antecedentes familiares e individuales de interés; un mes antes de su ingreso en el servicio del disertante, después de haber comido mucho, presentó un vivo dolor epigástrico que fué en aumento durante varias horas con frecuentes vómitos; después de una hora ligero alivio, pero persisten los vómitos; constipación que dura varios días; ignora si tuvo fiebre y escalofrío; al sexto día ligera ictericia y fuerte coloración oscura de la orina que persiste, con estado nauseoso; a su ingreso en el servicio: ictericia intensa, acolia, temperaturas de 32°,2 y 39°,4; defensa de la pared abdominal más acentuada en epigastrio e hipocondrio derecho; dolor intenso en estas regiones a la palpación; en el plano posterior del hemitórax derecho matidez de nivel superior horizontal que llega a la séptima costilla con abolición en esta región del murmullo vesicular; taquicardia; la radioscopia acusa gran descenso de la cúpula diafragmática derecha; Cassoni intensamente positivo. Intervención: laparatomía supraumbilical; se halla un quiste grande en la parte externa del lóbulo derecho del hígado de difícil acceso por el obstáculo del peto condrocostal; su punción demuestra un contenido purulento; se renuncia al drenaje por esta vía cerrando por completo la herida operatoria abdominal; incisión posterior horizontal en la línea axilar posterior a nivel de la décima costilla derecha; resección de 6 centímetros de ésta; abertura del quiste por vía transpleurodiafragmática; a través de este quiste se puncionan otros vecinos también supurados; drenaje con tubos; a las pocas horas, aspecto de profunda intoxicación con síntomas no muy claros de peritonismo; fallece al día siguiente de la intervención. Necropsia: Seis quistes hidatídicos de tamaños distintos ocupan casi todo el lóbulo derecho del hígado, algunos supurados, otros asépticos en apariencia; el lóbulo izquierdo normal y las vías biliares abiertas desde la ampolla de Vater hasta las primeras ramificaciones intrahepáticas demuestran su dilatación desde unos centímetros por encima de aquélla, pero acusen ausencia absoluta de cálculos e hidátides; en cambio, llama la atención la presencia de varios ganglios infartados, uno de ellos del tamaño de una nuez rodeando al colédoco y unido a él por un proceso de periadenitis.

Es evidente que en este caso el mecanismo de la ictericia ha sido la supuración de los quistes que ha provocado un proceso de adenitis con periadenitis múltiples que a su vez han sido los responsables de la compresión extrínseca del colédoco traída por la ictericia. Esta observación tiene el valor de ser otro caso demostrativo de la certeza de este mecanismo de retención biliar no tenido en cuenta. Es posible que buscando esta lesión adenopática pericoledóica, en los casos de ictericia de origen hidatídico, se acabe por comprender que estos hechos no son excepcionales.

En el terreno terapéutico la quistostomía amplia debe ser la única norma quirúrgica, ya que las adenopatías pericoledóicas remitirán al atenuarse la virulencia de la infección inicial al nivel del quiste. El drenaje inmediato de las vías biliares queda resuelto momentáneamente por la coelorragia que acompaña a toda quistostomía intrahepática. La coloración de las heces se restablecerá más tarde cuando la

adenopatía vaya retrogradando. La coledocotomía no ofrece en este caso ninguna ventaja.

APARATO PARA HACER CONTINENTES LOS ANOS ABDOMINALES REALIZADOS POR EL PROCEDIMIENTO DE LA TUNELIZACIÓN CUTÁNEA.

Dr. J. Más Oliver: El aparato original del disertante está fundado en un juego de cremallera muy perfecto que no precisa abarcar gran cantidad de tejido y resulta muy fácil de desprender del ano abdominal. La continencia, en especial de gases, es perfecta durante las cinco o seis horas primeras.

* *

ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MEDICAS

Sesión del 8 de Abril de 1931.

LA PRUEBA DE MELTZER LYON

Dr. P. Saia Roig: Sintetizando en pocas palabras la idea fundamental de la comunicación, podemos decir que la obtención de un jugo duodenal de índice pigmentario superior a 150 o mejor de 200 significa la existencia de un órgano que se llena de bilis, la concentra y expulsa una cantidad más o menos considerable después de un estímulo adecuado. No está demostrado que estas funciones puedan ser desempeñadas por ninguna otra formación anatómica que la vejiga biliar. Los índices pigmentarios inferiores a las cifras anteriores no demuestran la intervención vesicular, sean los que sean los cambios cromáticos que el jugo duodenal experimente durante la prueba de Meltzer Lyon. Por eso propone que en lugar de expresar los resultados de la prueba de Meltzer-Lyon con las acotaciones de positiva o negativa se haga por las cifras del índice pigmentario máximo a que llega el jugo duodenal después del estímulo magnésico (o de éste junto con la hipofisina) y del número de centímetros cúbicos de líquido con aspecto cromático análogo al de aquel que se haya obtenido.

Discusión. — **Dr. A. Pinós:** Ha podido observar radiológicamente que la inyección duodenal de sulfato de magnesio produce una reducción manifiesta, pero variable, en la sombra vesicular. Todos los estímulos mecánicos son semejantes al que se experimenta por la inyección de sulfato de magnesio; y se extiende en consideraciones acerca del factor estimulante del sulfato de magnesio en la vejiga biliar.

REACCIÓN DE HERXHEIMER. REACTIVACIÓN Y BIOTROPISMO

Dr. Javier Villanova: El disertante comenta extensamente diversos casos de reacción de Herxheimer, de reactivación y de biotropismo, en apoyo de la conocida teoría defendida por Milian, nacida modestamente en el servicio hospitalario dirigido por Milian en París y que ha ido ganando terreno a medida que ha sido mejor conocida y estudiada, hasta el punto que Milian la hace abarcar dominios extraordinarios. Los hechos de que se nutre los ha recogido entre los síndromes atribuidos hasta hoy a fenómenos de intoxicación, anafilaxia e inmunidad.

Considera que los horizontes del biotropismo se ensanchan y lo que hasta hoy no era más que el resultado de una observación clínica minuciosa se convierte en argumento patogenético. Los síndromes de etiología indeterminada, cuando su aparición va ligada a un hecho de biotropismo, habla en favor de una etiología infecciosa. El conocimiento de los hechos del biotropismo son de un interés especial para el médico: le evitará muchas intranquilidades en el curso de los más variados tratamientos e interpretando correctamente la patogenia de los mismos continuará con sus medicacio-

INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA

2 Nuevos productos que interesan vivamente a la Clase Médica, fórmulas del eminente endocrinólogo **Dr. NICOLAS PENDE**, de la Real Universidad de Génova

ANTISENIUM.

Producto Poli-Opoterápico. Renovador de la energía vital.

Una nueva concepción científica domina hoy la cuestión de las curas «reconstituyentes».

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

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

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

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

LIPOCLASIO.

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

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

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

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

LITERATURA CIENTÍFICA

Se remite solicitándola al Representante en España y Colonias: **E. PISTOLESI**

Apartado de Correos 9026. — MADRID

Ayuntamiento de Madrid

QUIMIOTERAPIA DE LAS INFECCIONES

Infecciones
crónicas

ODO BENZO MÉTHYL FORMINE
IODASEPTINE
CORTIAL

Ampollas (1 ó 20 c. c. por día).

Gotas (20 á 100 por día).

Comprimidos (1 á 4 por día).

TUBERCULOSIS PULMONAR de evolución lenta.

(2 á 5 c. c. por día.)

Acción electiva sobre el bacilo de Koch.
Regresión de la fiebre.
Mejoría del estado pulmonar.

REUMATISMOS

DEFORMANTES, Tuberculosos, Gotosos, etc. — Ciática.

Numerosas comunicaciones y referencias.

PIRESIA

Infecciones
agudas.

DI-FORMINE-ODO-BENZOMÉTHYLÉE

SEPTICEMINE
CORTIAL

Ampollas 4 c. c.

1 á 4 per día.

Quirúrgicas, Puerperales, Intestinales, Piógenas,
Gripales, Broncopneumonía, Encefalitis, Erisipela.

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

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

Sucursal: Consejo Oiento, 341, Barcelona.



SEDOL

Asociación escopolamina-morfina.

Literatura, muestras
e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075.—Tel. 35.407

MADRID

AMPOLLAS — SUPOSITORIOS

**Sustituye con ventaja a la morfina
y evita sus inconvenientes.**

CORTEZO

PASEOS DE
UN SOLITARIO
DOS TOMOS
Librerías.

nes, al enfermo le reportará grandes beneficios y podrá seguir una medicación específica a veces insustituible (neosalvarsán en los gomas del paladar, piramidón en las hipertermias, luminal en los epilépticos, etc.)

COLEGIO DE HUERFANOS

Relación detallada de donativos recibidos en el Colegio de Médicos de Madrid:

D. Ramón Lobo Regidor, 4 pesetas; D. Antonio Torrecilla, 4; D. Mariano López Reche, 10; D. José García Torices, 6; D. Manuel Marín Amat, 6; D. Jesús Segovia Pérez, 4; don Lorenzo Escanciano, 6; D. Carlos Escandon, 2; D. José Martín Crespo, 12; D. Enrique Moreno Melgar, 26; D. Juan Cantón, 14; D. Carlos Pérez Caballero, 30; D. Santiago Cifuentes, 8; D. Pedro Zarco, 8; D. Gregorio Francisco Guerrero, 20; D. Francisco Zamarrigos, 2; D. Ángel Arroyo Martínez, 28; D. Eduardo Masip, 4; D. Gabriel López Buisen, 6; un señor colegiado, 2; un señor colegiado, 2; un señor colegiado, 8.

Recibido por el señor tesorero: D. José Fraile Cabodevilla, 25 pesetas.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

DECRETOS

Vacante la plaza de jefe del Parque de Sanidad Nacional, por pase a otro destino del funcionario del Cuerpo que venía desempeñándola, y ante la ineludible necesidad de proceder con la mayor rapidez posible a su provisión, toda vez que en ningún momento deben quedar desatendidos servicios de tan acusada importancia sanitaria como los a ella encomendados; teniendo presente que el inspector general de Instituciones sanitarias, D. Víctor María Cortezo y Collantes, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, con la categoría de jefe de Administración civil de segunda clase dentro del Escalafón del referido Cuerpo, en anterior ocasión, y por espacio de algunos años, desempeñó el referido cargo con acierto y competencia, y de que si se convocase concurso para proveerlo, conforme determina el vigente Reglamento de personal de la Dirección general de Sanidad, ninguno de los individuos del Cuerpo Médico de Sanidad Nacional podría alegar mejor derecho para ocuparlo y, por tanto, con esta tramitación, que sólo ante circunstancias tan excepcionales como las que concurren en el actual momento político es admisible dejar de cumplir, no se lograría prácticamente ventaja alguna.

Como Presidente del Gobierno provisional de la República y de acuerdo con éste,

Vengo en disponer cese en el cargo de inspector general de Instituciones sanitarias D. Víctor María Cortezo y Collantes, nombrándole para el de jefe del Parque Central de Sanidad, con la categoría de jefe de Administración civil de segunda clase; previniéndose que, si no existiese vacante de ella, se le acreditará el sueldo correspondiente a la plaza más aproximada que se encuentre sin proveer hasta que, por vacante natural o reforma de plantilla, pueda abonarse el señalado para los jefes de Administración civil de segunda clase, u otro mayor si fuese ascendido.

Dado en Madrid a 25 de Abril de 1931.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*. (Gaceta del 29 de Abril de 1931.)

Como Presidente del Gobierno provisional de la República, de acuerdo con el mismo y a propuesta del ministro de la Gobernación,

Vengo en nombrar inspector general de Instituciones sanitarias, con carácter interino y hasta tanto se provee en propiedad, a D. Sadí de Buen Lozano, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, el cual simultaneará el cargo de inspector general con el de jefe de Sección del Instituto Nacional de Higiene, que actualmente desempeña; percibiendo los haberes señalados en los Presupuestos del Estado para el expresado cargo de inspector y conservando su categoría en el Escalafón del Cuerpo a que pertenece, a los efectos del movimiento ascensional del mismo.

Dado en Madrid a 25 de Abril de 1931.—*Niceto Alcalá-Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*. (Gaceta del 29 de Abril.)

DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD

Restableciendo la Inspección local sanitaria del puerto de Pobeña.

CIRCULAR

En atención al constante desarrollo del tráfico marítimo del puerto de Pobeña y a que en ocasiones existió en el mismo la Inspección local sanitaria, cuyo cometido, a partir de la fecha de su supresión, ha venido desempeñado con carácter honorario y gratuito el médico de dicha localidad don Gerardo González Revilla; esta Dirección general, haciendo uso de las facultades que la confieren el art. 8.º del Reglamento orgánico de Sanidad exterior, ha tenido a bien restablecer la Inspección local sanitaria del mencionado puerto y designar para médico habilitado de la misma al expresado D. Gerardo González Revilla.

Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 20 de Abril de 1931.—El director general, *Marcelino Pascua*. (Gaceta del 21 de Abril de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,4; ídem mínima, 701,5; temperatura máxima, 19,2; ídem mínima, 6º; vientos dominantes, OSO.

Se han sostenido con algún aumento los catarros de los órganos respiratorios, a consecuencia de la inesperada baja de la temperatura en los primeros días de la semana, aunque sin agravaciones de naturaleza ni afección a los órganos centrales. Los padecimientos de corazón han sufrido también agravaciones por las bajas barométricas, por fortuna transitorias. En los niños no se han registrado afecciones importantes con carácter epidémico, disminuyendo numéricamente las parótidas que se habían presentado.

CRONICAS

Academia de Ciencias de Bilbao.—La Academia de Ciencias de Bilbao ha anunciado el premio del Dr. Camiruaga, del legado que con el mismo objeto otorgó el académico difunto D. José Ángel de Camiruaga, a la mejor Memoria sobre un tema médico de libre elección y de investigación personal.

Se concederán dos premios: el primero, de 1.500 pesetas y título de socio correspondiente (si no residiese en Bilbao) al autor de la mejor Memoria que, a juicio de un Jurado nombrado al efecto, lo merezca, y el segundo, un

accésit y diploma de carácter honorífico a la Memoria que siga en mérito a la anterior.

El plazo de admisión de trabajos terminará el 1 de Agosto de 1931, y deberán ser enviados al secretario general de la Academia de Ciencias de Bilbao (Gardoqui, 9).

Academia de Medicina de Sevilla.—La Academia de Medicina de Sevilla abre un concurso de trabajos científicos sobre el tema «Concepto clínico de la insuficiencia hepática».

Al mejor trabajo que se presente se le concederá un premio de 500 pesetas y el título de académico correspondiente, y al que le siga en mérito relativo se le otorgará un accésit y el título de académico correspondiente.

La Academia podrá otorgar menciones honoríficas si entendiera el Tribunal calificador que algunos trabajos de los presentados fueran merecedores de esta distinción.

La Junta de gobierno de esta Academia constituirá el Jurado calificador del presente concurso.

Los concursantes remitirán sus trabajos al domicilio de la Academia, Alfonso XII, 12, antes de las doce de la noche del 30 de Noviembre del año en curso, adonde se podrán dirigir para ampliar detalles sobre las condiciones por que ha de regirse este concurso.

Cursillo de Obstetricia.—El día 4 de los corrientes dará comienzo en la Facultad de Medicina de Madrid (Clínica de Obstetricia), un cursillo teórico práctico, especialmente orientado para tocólogos municipales, a cargo de los Dres. Torre Blanco y Viumara.

El curso durará un mes aproximadamente.

El número de alumnos es limitado.

Las inscripciones pueden hacerse de diez a doce en las oficinas del Decanato, acreditando el alumno su condición de médico y abonando 175 pesetas como derechos.

Al final del curso los alumnos que por su asiduidad se hagan merecedores de ello podrán obtener un certificado acreditativo de la labor realizada.

Cursillo de inspección escolar en Salamanca.—El curso décimo de inspección escolar y protección a la infancia tendrá lugar en la Inspección provincial de Salamanca, con arreglo al siguiente programa:

- a) Pruebas de inteligencia, Simón-Binet, Alpha Othis, etcétera.
- b) Iluminación.
- c) Los retrasados, los débiles y los truhanes.
- d) Ventilación.
- e) Inspección de edificios escolares.
- f) Inspección de escolares y maestros.
- g) Difteria: diagnóstico, pronóstico y vacunación.
- h) Viruela y vacunación; otras enfermedades eruptivas.
- j) Sarna, piojos, biología y determinación.
- k) Parásitos intestinales y su diagnóstico (dos lecciones).
- l) Peso y talla escolar.
- ll) Mala nutrición y hambre.
- m) La sanidad como motivo de enseñanza en la escuela.
- n) Ración alimenticia y cantina escolar.
- o) Registros sanitarios del escolar y la escuela.
- p) La leche como alimento infantil; análisis e inspección.
- q) Cuidados al niño y a la madre nueve meses antes de nacer y nueve meses después.
- r) Campo de juego y deporte escolar.
- s) Agua potable en la escuela y la propagación de enfermedades por beber en común.
- t) Tuberculosis.
- u) Higiene dental infantil.

Los derechos de inscripción a este cursillo son 75 pesetas. El número máximo de médicos que se admitirá será el de diez, y tres maestras o maestras, pagando estos últimos cinco pesetas de derechos. Todas las lecciones serán practicadas en la Escuela de la Merced, cantinas escolares y Dispensario de Puericultura. Las horas del cursillo serán de diez de la mañana a una de la tarde.

Viaje médico científico a Rusia.—El Gobierno soviético ha confeccionado en honor de la Misión médica española, que visitará Rusia en los días del 4 al 25 de Agosto, dos programas: uno de orientación científica con visitas a los hospitales, dispensarios, laboratorios, etc., y otro puramente

turístico, con visitas a los monumentos, grandes edificios, museos, etc.

El plazo de inscripción termina el 15 de Mayo, y para más detalles dirigirse a la revista médica *Laboratorio*, calle de Pelayo, 24, Barcelona.

Academia de Medicina de La Coruña.—Esta Academia anuncia un concurso de premios para 1931 a los autores de los mejores trabajos sobre los tres siguientes temas:

- 1.º «Estudio clinicopatogénico de la asfixia bronquial espasmódica».
- 2.º «Estado actual de la lepra en Galicia».
- 3.º «Enfermedades transmisibles entre el hombre y los animales en Galicia».

El plazo de admisión de trabajos terminará el 31 de Octubre. Para toda clase de datos y condiciones, dirigirse al secretario de la Academia, Dr. Casares Bescansa.

II Congreso Internacional de Actinología.—Tendrá lugar en Copenhague, patria de Finsen, en los días 15 al 18 de Agosto de 1931.

Se expondrán los siguientes temas: «Formación del pigmento en la biología y terapéutica de la luz». Ponentes: Dr. Brody (Francia) y Dr. Miescher (Suiza).

«¿Cómo se explican los efectos de los baños de luz en la tuberculosis?». Ponentes: Dres. H. Gauvain (Inglaterra) y Jesionek (Alemania).

«Organización de las investigaciones helioclimáticas en relación con la higiene pública». Ponentes: doctores Hausmann (Austria) y Rollier (Suiza).

«Determinación de la unidad de medida para los rayos U. V.». Será ponente el Dr. Saidman (Francia).

El Comité de organización está presidido por el doctor A. Reyn, y es el secretario general el Dr. E. Reckling.

Para más informes y programas pueden dirigirse a las oficinas: Finsen institutet Strandboulevard, Copenhague (Dinamarca).

Academia Española de Dermatología y Sifilografía. Esta Academia celebrará sesión el miércoles 6 de Mayo, a las siete de la tarde, en el Dispensario Olavide, Sandoval, 5, con el siguiente orden del día:

Dr. Sáinz de Aja: «Sobre las orientaciones actuales del tratamiento en sífilis».

Dr. M. Hombria: «Una nueva modificación a las técnicas de hemólisis al suero activo».

«Las reacciones de floculación en el líquido cefalorraquídeo».

Dres. Gay y Díaz de Villar: «Las formas chancriformes de la balanitis gangrenosa de Scherberger Müller».

Dr. Bertoloty: «Fractura espontánea en un tabético».

Dr. E. Enterria: «Tratamiento intradérmico de la pelada».

Dr. Fernández de la Portilla: «Sobre el tratamiento de prueba».

Noticias.—Ha sido nombrado director del Instituto Técnico de Farmacobiología el Dr. D. Teófilo Hernando, catedrático de Terapéutica de la Facultad de Medicina de Madrid.

—La Comisión organizadora de la Asamblea Antituberculosa Médicosocial, que había de tener lugar en Madrid del 4 al 7 de Mayo, ha decidido, de acuerdo con su presidente, aplazar su celebración para fecha que se anunciará con la debida oportunidad.

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

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. M 33.—Madrid.

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

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

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

BARDANOL

Compuesta de extracto de raíces de LAPPA MAJOR L., y Estano coloidal. LABORATORIO GAMIR, San Fernando, 84. — Valencia.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. THEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza 1.—Madrid. Teléfono 70.44.