

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

Apartado de Correos, núm. 121.

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

83156116

PROGYNON

HORMONA
SEXUAL
FEMENINA

Concentración elevadísima.

Estandarizado según el test de Allen y Doisy.

*Indicado en todos
los trastornos hipo-ováricos*

El mejoramiento del método de fabricación del Progynon ha permitido
reducir el precio del producto.

El **nuevo envase** de 4.500 U. R. (30 comprimidos de 150 U. R.) cuesta menos que el antiguo de 2.500 U. R. (10 comprimidos de 250 U. R.). La cantidad de hormona de cada comprimido ha sido reducida de 250 a 150 U. R. por haberse comprobado que con dosis pequeñas repetidas se obtiene una acción más enérgica que con dosis grandes aisladas.

Solicite el nuevo folleto ilustrado.



Envases actuales:

Frascos con 30 y 60 grageas de 150 U. R.

Cajas con 6 amp. de 100 U. R. en 1 c.c.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING S. A.

Apartado 479, MADRID

Apartado 1030, BARCELONA



Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



Depresión nerviosa
Convalecencia de las enfermedades infecciosas
Deportes, Surmenage físico e intelectual

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)

Sucursal en ESPAÑA : 129, Bruch, BARCELONA.

K A L O G E N

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.**

extracción. En las presentaciones de nalgas las tracciones serán muy suaves para evitar el arrancamiento. Algunos aplican también en la pelvis el basiotribo.

En los casos de presentación de hombro, si el feto no evoluciona de una manera espontánea, cosa que sucede algunas veces cuando está muerto, por la fácil compresión de los tejidos, se hará la embriotomía cervical o raquídea. Si en las maniobras de extracción del feto en la presentación de nalgas quedase la cabeza la última se intentará extraerla introduciendo la mano y el antebrazo en los órganos genitales y tratando de hacer la maniobra de Mauriceau, pero con frecuencia el maxilar inferior cede y se desprende sin permitir dicha extracción y entonces no hay más remedio que hacer que un ayudante sostenga la cabeza en lo que se le aplica el cranioclasto o el basiotribo.

La expulsión prematura del feto se puede hacer en cualquier momento del embarazo, y el problema más importante que se presenta entonces al médico es el de si ese feto será viable o no lo será. El dato de la edad del feto es insuficiente: Primero, porque casi nunca se puede determinar con seguridad la fecha de la fecundación, y por tanto, siempre cabe una variación de dos o más semanas que para el desarrollo del feto suponen mucho. Segundo, porque en una misma fecha del embarazo el estado del desarrollo, y sobre todo el de nutrición de dos fetos distintos pueden ser muy diferentes. Por este motivo, la mayoría de los autores se fijan más en el peso del feto y en su hábito exterior que en la fecha del embarazo. Veamos primero la expulsión del embrión o del feto mientras no es viable, de otro modo, el aborto.

La frecuencia del aborto es muy difícil de determinar, porque en los dos primeros meses es muy corriente que este accidente pase inadvertido. Más adelante, las mujeres si se dan cuenta de que han abortado, pero algunas que se cuidan poco suelen asistirse ellas mismas. Todo esto se refiere a los casos de aborto espontáneo, puesto que en los provocados hay siempre intención de ocultar el hecho. Las causas pueden estribar aquí también en el padre, en la madre o en una en-

tren rotas las membranas, pero el efecto de esta rotura no es la penetración de aire como se ha creído mucho tiempo. En efecto, los microbios de la putrefacción son anaerobios y, por tanto, la penetración, de aire, si fuera posible hasta muy adentro, no podría hacer sino entorpecer la putrefacción.

A consecuencia de ella se producen gases que distienden las cavidades en las cuales se desarrollan y pueden determinar distocias por este mecanismo. Acumúlanse los gases también en la cavidad uterina, la distienden y hacen que tenga un sonido timpánico a la percusión, fenómeno conocido con el nombre de fisiometría. El color del feto es cianótico al principio y luego verdoso; el cuerpo despiden un olor repugnante. El aumento de volumen del feto llega a tal extremo que en algunas ocasiones tiene la forma de una esfera y es imposible reconocerle al tacto. Por otra parte, como quiera que este fenómeno no produce solamente la infiltración de los tejidos por el líquido, sino también la dislaceración de los mismos por los gases que se forman en todo su espesor, la fragilidad de estos tejidos es enorme y hasta la tracción más suave es suficiente para desgarrarlos. Las dificultades que esto puede tener para la asistencia del parto se comprenden por sí solas. Por último, y, por raros que sean, existen casos en los que el feto nace en estado de contracción cadavérica.

Según la época del embarazo en que se produce la muerte del feto serán los síntomas que esta muerte determina en la madre. Si ocurre en las primeras semanas todo se reduce a la desaparición de los síntomas que venía dando el embarazo y a una subida brusca de la leche o, por lo menos, a la congestión de los senos.

Los reconocimientos de la enferma hechos algunas semanas después demuestran que el útero no sigue aumentando de volumen, sino que, por el contrario, tiende a reducirse un poco. Ahora bien; para sacar con seguridad esta conclusión es preciso renovar frecuentemente los reconocimientos. En la segunda mitad del embarazo la madre acusa la desaparición de los movimientos activos, la reducción del volu-



men del útero y la subida de la leche. Los síntomas que existieran como consecuencia de la compresión ejercida por el útero (varices, etc.) disminuyen también al compás que lo hace el volumen del útero mismo. Como no haya putrefacción no hay síntomas generales consecutivos a la muerte del feto, de modo que las cefaleas y mal carácter que algunas acusan no se encontrarán, probablemente, nunca. Muchas mujeres toleran durante varias semanas, algunas durante varios meses su feto muerto, sin sufrir por ello molestia alguna, y muchas hasta se muestran contentas de que hayan desaparecido los síntomas nerviosos del embarazo.

Los accidentes infecciosos y febriles se producen exclusivamente cuando se ha abierto el huevo y el feto se pudre. Como para ello es preciso que se encuentre abierto el huevo, es claro que fluye por la vagina líquido amniótico. Los gases de la putrefacción se acumulan en el útero y parte de ellos salen por la vagina; pero como a consecuencia de dicha putrefacción el útero se paraliza, se le encuentra muy distendido.

Cuando en la primera mitad del embarazo se hace el tacto combinado con la palpación no siempre se tiene la certeza de que lo que se toca es el útero, pues en muchos casos se trata de una masa de poca consistencia que solamente en los momentos de la contracción demuestra su verdadera naturaleza. La falta de reblandecimiento del cuello del útero y la desaparición de los fenómenos de intoxicación que el embarazo había producido no son suficientes para afirmar la muerte del feto. Recuérdese que en los dos meses primeros el útero puede ser muy pequeño aunque contenga un embrión y que si en esta fecha muere se disuelve por completo.

En la segunda mitad del embarazo los síntomas de la muerte del feto son mucho más claros y el diagnóstico más fácil. Se trata de una mujer, por ejemplo, en el octavo mes de la gestación en el que la existencia del embarazo ya no ofrece duda alguna; lo primero que habrá observado será la falta de movimientos activos del feto que ya conocía perfectamente, y las sospechas que este síntoma la hagan concebir

las membranas del huevo sufren una rotura prematura, se cuidará con esmero de vigilar los síntomas que sean indicio de que se inicia la putrefacción. Para ello se tomará la temperatura de la enferma por la mañana y por la noche, se contarán las pulsaciones y se observará el posible mal olor del líquido amniótico. Cuando existe la putrefacción no hay más solución que intervenir enérgicamente dilatando el cuello del útero y extrayendo su contenido.

Durante el trabajo del parto hay que procurar que la bolsa de las aguas no se rompa y, desde luego, no romperla nunca artificialmente. Para evitar esta rotura se cuidará de no hacer el tacto vaginal sino en algún que otro caso en que sea inevitable y de retirar los dedos en el momento de las contracciones uterinas. Si el feto se encuentra ya en putrefacción, hay que procurar que se complete pronto la dilatación por medio de la aplicación de cualquiera de los modelos de dilatadores. Si la cabeza no sale con facilidad porque la dilatación es insuficiente, todavía se aplicará el basiotribo, primeramente clavando la lanza y aplicando la rama izquierda; más adelante, cuando el volumen de la cabeza se ha reducido ya algo, aplicando asimismo la rama derecha para acabar de reducir el volumen cefálico. Hecho esto, si se tropezara con dificultad para la extracción del tronco, se irá a la busca de los brazos y se los sacará. Si para ello es preciso fracturarlos, no hay inconveniente en hacerlo; pero claro es que siempre que sea posible se abstendrá el médico de hacerlo. Extraídos los brazos, se hará tracción de ellos, primero del anterior y a continuación del posterior, para tratar de extraer el tronco. En algunos casos los dos brazos se desprenden sucesivamente. No es buena táctica la de ir a buscar los pies para intentar una versión, porque sería muy posible que se rompiera el útero. Es preferible tratar de clavar el basiotribo a través del esternón hacia la columna vertebral y hacer luego con las cucharas sobre el tórax la mayor presión que se pueda. Caso de que el abdomen no salga con facilidad a consecuencia de la gran distensión que hubiera sufrido por el desarrollo de gases, bastará una punción del mismo para conseguir su

¿ CONOCE USTED la colección de MONOGRAFIAS que publica nuestra Revista EL SIGLO MEDICO ?

Por la insignificante cantidad de
SEIS REALES
puede hacerse con uno de los siguientes libros, **encuadernados**.

- I. **Hemoptisis tuberculosas y no tuberculosas**, por el Dr. Valdés Lambea.
- II. **La demencia precoz**, por el Dr. Vallejo Nágera.
- III. **Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes**, por el doctor Javier María Tomé y Bona.
- IV. **Los problemas clínicos de la úlcera del estómago**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- V. **La blenorragia aguda y su tratamiento**, por el Dr. Angel Pulido Martín.
- VI. **El médico rural ante las distocias más frecuentes**, por el Dr. Vital Aza.
- VII. **Los problemas clínicos del estreñimiento rebelde**, por el Dr. Fidel Fernández Martínez (de Granada).
- VIII. **La Epilepsia**, por el Dr. José M.^a de Villaverde.
- IX. **El médico práctico ante la difteria y sus complicaciones. Intubación laríngea**, por el Dr. García Vicente, y **Alteraciones de la voz. Laringitis y ronquera**, por el Dr. Huarte Mendicoa. (Dos Monografías en una.)

Después de su lectura, ha de adquirir **TODA LA COLECCION** que le será utilísima en sus consultas.

NO DEBE quedarse sin conocer las MONOGRAFIAS que publica, **a precio tan reducido**, EL SIGLO MEDICO

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



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.

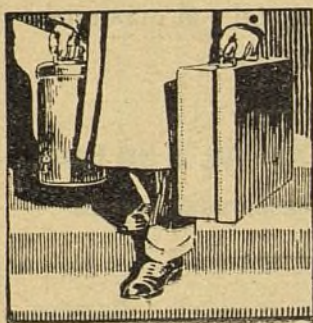
Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO

PHILIPS "Metalix"

¡PHILIPS "METALIX", EL APARATÓ PORTATIL DE RAYOS X!

¡El "Metalix" es el aparato de Rayos X ideal para el médico práctico! Sirve para radiografías y exploraciones, y puede llevarse a todas partes por lo reducido de su peso y lo manejable de su ejecución, incluso al propio domicilio del enfermo o al lugar en que haya ocurrido una catástrofe o siniestro.



Todo el aparato empaquetado en dos maletas.

Manejo sencillísimo y funcionamiento seguro.

Protección absoluta contra la alta tensión y las radiaciones.

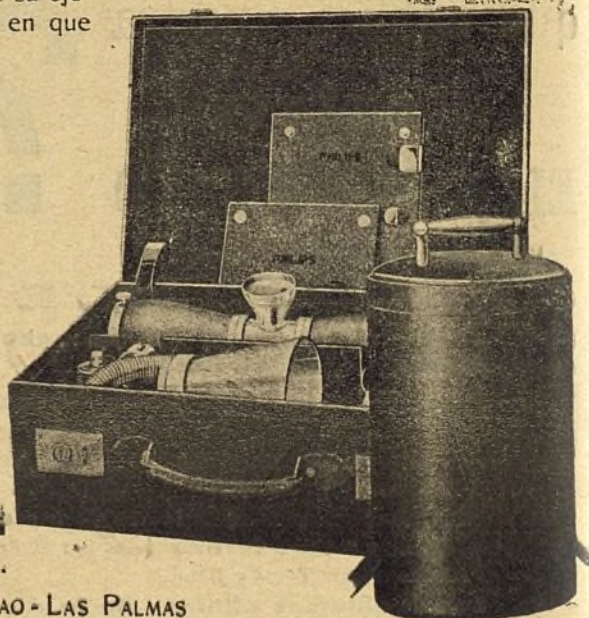
Puede conectarse a cualquier enchufe de la instalación de luz.



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

PHILIPS IBÉRICA, S. A. E.

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





EXTRACTO DE MALTA

"EUMALT"

Aceptado por R.O. del 2 Abril 1913 en los Hospitales Militares

SIMPLE

CON HIPOFOSFITOS

CON HEMOGLOBINA

CON PEPSINA Y PANCREATINA

CON YODURO FERROSO

CON ACEITE HIG BACALAO

CON ACEITE HIG BACALAO E HIP

DIPLOMA DE MÉRITO

2º Congreso de médicos de la lengua catalana — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

Preparados de hormonas extraídos de las glándulas.

Intensificados por sustancias catalíticas (vitamina mineral electrolizada), del

Dr. Richard Weiss, de Berlín, NW. 6.

VIRILINE (Para el hombre).

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

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

Para una tableta.

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

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

FERTILINE (Para la mujer).

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

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

Para una tableta.

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

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

En frascos de 40 y de 100 tabletas.

PANCRESAL

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

DIABETES MELLITUS

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

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

Para una tableta.

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

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

Venta en Farmacias y Centros de específicos.

Solicite literatura y una prueba de ensayo al Depositario General para España: **LUIS RONCERO**, Alcalá, 16, Madrid.—Tel. 98.835.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

9 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 TIRABEUQUE

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).

La viuda de Blanchard, María Magdalena Sofía Arman, que había aprendi-

SUSTITUTOS E IMITACIONES

de toda clase no logran alcanzar á nuestro preparado original

UROTROPINA SCHERING

do de su marido el arte de navegar por los aires, llegó a hacer muchas más ascensiones que él, habiéndose familiarizado tanto con el globo que ya hasta se echaba a dormir en la barquilla, desafiando así los peligros y azares de los elementos. Su fin, sin embargo, fué desastroso. En 6 de Julio de 1819, haciendo su sexagésimaséptima ascensión en el antiguo Tívoli de París en una barquilla brillantemente iluminada y empavesada, se le inflamó el globo y cayó muerta sobre el tejado de una casa. Ya en 1812, ascendiendo en Turín, le había sobrevenido una hemorragia, y bajó con una capa de hielo en el rostro y las manos. Y en Nantes, en 1817, hubiera caído en un lago si el globo felizmente no se le hubiera enredado en un árbol.

La intrepidez de esta mujer se hizo proverbial en su tiempo.

Fecundos fueron en empresas aerostáticas los últimos años del siglo XVIII y los primeros del XIX con éxito siem-

Urosolvina: eficaz antiúrico.

pre vario; tales como las de Goyton Morveau y Bertrand en Dijon, de Monney en Alemania, de Testú en París y varias otras, en alguna de las cuales el aeronauta después del ambiente puro de los aires de la atmósfera superior bajó sin querer a probar las aguas salobres del mar; pero todas estas navegaciones aéreas no habían servido para otra cosa que para hacer los hombres alarde de su arrojo y para ofrecer agradables y sorprendentes espectáculos a la muchedumbre, sin resultado alguno de positiva utilidad para las ciencias ni para las relaciones sociales de los hombres, si se

exceptúa el descubrimiento de las ventajas del hidrógeno sobre el aire enrarecido por el fuego y la invención del paracaídas para evitar alguna catástrofe. Mientras no se descubriese el medio de dar dirección al globo, escasos o ningunos eran los servicios que de la aeronautación podía reportar la humanidad, y si grande el peligro de que la vanidad hiciera muchas víctimas.

La Francia de la Revolución trató, no obstante, de utilizar los globos en provecho de la República, haciéndolos servir para reconocer los movimientos de los ejércitos enemigos.

El célebre Monge fué el que concibió esta idea, que examinó y aprobó una Comisión en que se hallaban Bertholet, Fourcroy, Guyton-Morveau y la mayor parte de los sabios de la época. En vista de su dictamen el Comité de Salud Pública acordó se llevara a ejecución, y se formó una compañía de aeronautas militares destinados a hacer globos y a dirigir sus maniobras, poniéndoles sólo la condición de no servirse del ácido sulfúrico, porque la carestía del azufre, destinado a la fabricación de la pólvora,

en el aire explorando los movimientos del enemigo y contribuyó al éxito de la jornada.

Aún hizo más este jefe de los aeronautas militares en el sitio de Mayence. Colocado en su globo, a la altura de 300 metros de la plaza, descubrió todas las disposiciones de los sitiados, sus reservas, sus baterías cubiertas y sus puntos de resistencia. A vista de cuyos servicios el Comité de Salud Pública creó el 14 de brumario del año cuarto una segunda compañía de aeronautas destina-

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

ELIXIR CALLOL

da a seguir las operaciones del ejército del Rhin, mientras la antigua permanecía agregada al de Sambre-et-Meuse: esta misma hizo después parte de la expedición de Egipto. Pero este método de exploración fué por último abolido en vista de las grandes dificultades y riesgos que ofrecía y de la inmensa cantidad de útiles, operarios, equipajes y medios de reparación que arrastraba consigo la máquina; lo que unido con otros inconvenientes que se habían experimentado, obligó a dejar de contarla entre los instrumentos de guerra del ejército francés.

Un famoso aeronauta de aquel tiempo, M. Garnerin, natural de París, que desde 1790 había hecho varias ascensiones, había ya propuesto también al Comité de Salud Pública la aplicación de los globos llamados cautivos a la observación de las operaciones militares, previos ciertos ensayos y maniobras en los jardines de Luxemburgo, de cuya idea nació más tarde la *Escuela Aerostática de Meudon*. Este Garnerin obtuvo del Comité la arriesgada comisión de inspeccionar el cuerpo de ejército del general Ransonet y de dar cuenta al tribunal del espíritu del ejército y del de los habitantes de las fronteras del Norte. Garnerin se presentó en el campo de Marchiennes, donde tuvo la desgracia de caer prisionero de los ingleses, los cuales le entregaron a los austriacos y éstos le enviaron a una fortaleza de Hungría, donde le tuvieron dieciocho meses en rigurosa cautividad. En esta

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

no permitía entonces emplearlo en otros usos.

El primer ensayo de esta extraña máquina de guerra se hizo en 1794 en el sitio defensivo de Maubeuge. Los austriacos que sitiaban la plaza, contrariados por el espionaje que ejercía sobre sus trabajos el capitán Coutelle que montaba la barquilla del globo, avanzaron durante la noche una pieza de a diecisiete, la apoyaron en el fondo de una rambla y dirigieron muchos disparos a la máquina volante, pero ninguno la acertó. En el mismo año se hizo uso del globo para el sitio ofensivo de Charleroi, y pocos días después hizo gran servicio en la batalla de Fleurus, donde el capitán Coutelle estuvo nueve horas



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

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

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

Apartado de Correos 9.030.—MADRID

(1) Véase el número anterior.

prisión fué donde, según relación del mismo, le ocurrió la idea del paracaídas, ya ensayado por Blanchard y que perfeccionado después ha sido de tan gran recurso a los demás aeronautas.

Recobrada su libertad, volvió Garnerin a entregarse a su ejercicio favorito de la navegación aérea, franqueando a veces distancias de más de cien leguas por los aires. Su nombre se hizo célebre en el Norte, donde, no obstante, halló un temible competidor en el profesor Robertson, que llenaba ya la Alemania con el ruido de su fama y que se disponía a hacer un viaje a San Petersburgo para disputarle la palma de la aerostación. Garnerin tuvo sus polémicas científicas, no sólo con Robertson, sino también con el sabio Baader, de Munich, sobre el

emperador. Llegó todo a oídos de Napoleón, que no fué bastante grande o bastante disimulado para ocultar el mal efecto que aquel suceso le produjera, y mandó expresamente que no se le hablara del globo de M. Garnerin.

(Continuará.)

CARABANA: el mejor purgante.

Cómo crece el Japón.

En este lustro la población ha aumentado a razón de 750.000 habitantes anualmente.

La población total del imperio es de 59.736.704; la de los Estados Unidos, según el censo de 1920, es de 105.710.620.

La densidad de la población en el Japón es cien veces superior a la de los Estados Unidos, pues el área que aquél ocupa equivale a la del Estado de Montana de Norteamérica. Osaka era en Enero de 1926 la ciudad más populosa del imperio japonés. Su población es de 2.114.809 habitantes, mientras que Tokio sólo tiene 1.995.303.

Osaka demuestra crecimiento desde el último censo, hace cinco años, y Tokio ha decrecido por 177.898 en el mismo período.

Siguiendo a Tokio, las próximas cuatro ciudades más importantes por su población son: Nagoya, 798.560; Kyoto, 679.976; Kobe, 644.212 y Kokohama, que tiene 405.388 habitantes.

Fantán Merck
gota
reumatismo
¡No irrita el estómago!

CUENTO JUDIO

Blum encuentra a Lévy.

— Parece que estás contento, Levy, ¿qué te ocurre?

Levy se frota las manos.

— Si, estoy satisfecho. Vengo de asegurar mis fincas contra el incendio y contra el granizo.

Blum reflexiona un momento.

— Contra el incendio, lo comprendo...; pero contra el granizo..., ¿cómo le harás caer?

PROVERBIOS PERSAS

No hay mañana que deje de convertirse en ayer.

Temed al que os teme.

ANTES DE OFRECER debemos meditar; pero después de haber ofrecido debemos cumplir siempre.

SÉNECA.

A UNA REINA

Hoy que la dicha de la patria empieza, a la reina, que encarna su figura, digamos todos, con filial ternura, con la misma emoción con que se reza.

Eres la reina, flor de la hermosura, la de mayor virtud y más nobleza, la de más sentimiento y gentileza, la que consuela al triste en su amargura.

Solamente faltaba a tu grandeza una corte de amor y galanura que completara tan preciados bienes... y vinieron de todos los confines sirenas, hadas, ninfas, querubines... sólo eso te faltaba: ¡ya lo tienes!

MASO TUSELI.

"MALTOPOL"

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

El importe de la asistencia médica a la "Dama de las Camelias".

El Dr. Chebé, en el *Journal de Médecine de Bordeaux*, comenta el importe de los honorarios devengados por los médicos que asistieron a María Duplessis, o sea la «Dama de las Camelias», heroína de la célebre obra de Alejandro Dumas.

El comentarista establece un parangón entre los honorarios percibidos en dicha época (1845) y los actuales, dando, naturalmente, su valor a los cambios sufridos por el poder adquisitivo de la moneda desde aquellos tiempos hasta ahora. De este parangón resulta un mayor beneficio para los médicos antiguos.

Las notas de honorarios en cuestión son como sigue:

«Nota de los cuidados prodigados a Mlle. Duplessis por M. M. desde el 18 de Septiembre de 1846 al 19 de Noviembre del mismo año, sumando 39 visitas: 195 francos.

Nota de las visitas de medicina realizadas por el Dr. Davaine a Mlle. Duplessis en su última enfermedad:

1846: Mayo, 11 visitas; Septiembre, 3; Octubre, 37 y 7 curas; Noviembre, 44; Diciembre, 35.

1847: Enero, 39 y 4 curas; Febrero, 8. Además, 4 consultas con M. Chomel y 3 con M. Louis.

Total: 177 visitas, 885 francos; 7 consultas, 140. Total general, 1.025 francos.

París, 8 de Febrero de 1847. (María Duplessis había muerto el día 3.)

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

COPLA

La vida es un libro en blanco que empezamos al nacer y que no siempre se escribe; ¡se le emborriona también!

GLORIA DE LA PRADA.

SIGUE A LA PAGINA XX

ANTIPHLOGISTINE

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

cálculo de la evaluación de las alturas por el barómetro.

Pero la historia curiosa de Garnerin comienza desde que se puso en contacto con Napoleón.

Era la fiesta de la coronación del emperador, en Diciembre de 1804.

Para solemnizarla se había hecho venir a París a M. Garnerin. El célebre artista preparó un globo gigantesco, al cual suspendió una corona iluminada con 3.000 vasos de colores. Un poco antes de concluirse los fuegos artificiales, el gigantesco globo con su corona se remontó majestuosamente desde el atrio de la iglesia de Notre Dame, en medio de las aclamaciones de un gentío inmenso, y más de sesenta mil cohetes disparados en todas direcciones iluminaron el espacio con sus llamas y le hicieron resonar con sus chasquidos. El globo navegaba con rapidez asombrosa, y al día siguiente los habitantes de Roma vieron asomar por el horizonte un círculo radiante que bajaba avanzando en dirección de la ciudad. Pronto estuvo sobre las cúpulas de San Pedro y del Vaticano; luego, aplanándose de repente, vino a abismarse en el lago Bracciano, dejando rastros de su paso en la campiña de Roma. Sacáronle del agua, y la siguiente inscripción que llevaba se imprimió y difundió por toda Italia: *París, el 25 de Primario, año XIII. Coronación del Emperador Napoleón por Su Santidad Pío VII.*

Una circunstancia casual e indiferente, al parecer, hizo que diese Napoleón grande importancia y hasta una interpretación política al globo perdido. Este

ALBUMINURIA

«Stroarsil».—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

globo al rozar la tierra se había detenido unos minutos precisamente sobre el sepulcro de Nerón: después, empujado por el viento, había vuelto a continuar su ruta, pero dejando en uno de los ángulos del viejo monumento una parte de la corona. Los diarios italianos refirieron este incidente comentándole algunos con maliciosas reflexiones que no dejaban de ser a propósito para picar al

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

Unico Sanatorio **misto**, con edificios y jardines independientes; uno, sólo para enfermos nerviosos ó psiconeuróticos y otros dos para enajenados.

Tratamientos modernos. — Vida familiar. — Dos Médicos internos.

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

LA METAIRIE

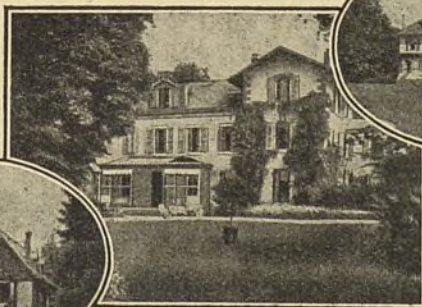
Cerca de NYON (Suiza.)

Casa de salud, particular, de primer orden.

FUNDADA EN 1857

GRAN PARQUE

VILLAS SEPARADAS



CURA DE REPOSO

PSICOTERAPIA

VIDA DE FAMILIA

Tratamiento individual de las enfermedades

NERVIOSAS Y MENTALES Y TOXICOMANIAS

Médico director: DR. F. DIZARD
Médico anejo: DR. M. GUILLEREY

Ayuntamiento de Madrid

THYRANON

GLANDULA
FRESCA DE
SECADA DE
TIROIDES Y
DE ACCION
CONSTANTE

DESPROVISTA DE
EFECTOS TOXICOS

INDICACIONES: OBESIDAD, HIPOTIROIDIS-
MO, ESTADOS LINFATICOS DE LOS NIÑOS

E.F.E.Y.N
APARTADO 9.009
M A D R I D



WIBON



INDICACIONES:
ANEMIAS DE
TODAS CLASES
Y SOBRE TODO
LAS FORMAS
PROGRESIVAS
GASTRITIS HI-
POPEPTICAS,
HIPOCLORHI-
DRICAS, LINITIS
PLASTICA DIA-
RREAS GASTRO-
GENAS.

ESTOMAGO DE
CERDO DESECA-
DO, EN POLVO
Y EN TABLETAS

MUESTRAS Y
LITERATURA
E.F.E.Y.N
APARTADO
9.009

VENTRAEMON

WIBON

EL SIGLO MEDICO

REVISTA CLINICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Sífilis y tuberculosis, por Antonio Cordero Soroa.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

SIFILIS Y TUBERCULOSIS

POR

ANTONIO CORDERO SOROA

Del Dispensario Azúa y del Hospital Militar.

La sífilis y la tuberculosis son las dos enfermedades más importantes en patología humana; unidas al cáncer constituyen las tres causas que más comúnmente producen la muerte.

Coincidiendo la tuberculosis y la sífilis frecuentemente en el mismo enfermo e influenciándose reciprocamente, no sólo en su evolución y desarrollo, sino en la terapéutica a seguir, se comprende la importancia que el estudio de su asociación rendirá al práctico, que se beneficiará de estos conocimientos para poder emitir un juicio diagnóstico y pronóstico acertado e imponer la terapéutica adecuada en los casos en que ambas enfermedades concurren en el mismo individuo.

La sífilis y la tuberculosis, aparentemente tan distintas, son dos infecciones que tienen muchos puntos de contacto, tanto en el mecanismo de la infección, evolución de la enfermedad, modo de reaccionar nuestro organismo frente al agente infectante y hasta en la biología y composición química de ambos agentes microbianos; la una y la otra son infecciones generalizadas que tienen de común su cronicidad, resistencia o latencia e incurabilidad biológica; pues aun cuando son curables a veces espontáneamente o por el tratamiento, jamás podremos afirmar la esterilización del enfermo por carecer en la actualidad de medios que nos lo aseguren; ambas son producidas por venenos específicos procedentes de microorganismos determinados, principalmente endotoxinas, procedentes de las sustancias liberadas por la destrucción del agente patógeno, y parece además existir en las dos la acción de cuerpo extraño a que da lugar alguno de los productos de desintegración del germen infectante o por todo él en determinadas condiciones; tanto en la sífilis como en la tuberculosis, el microorganismo productor de la enfermedad origina localmente sobre la célula diferenciada del tejido en que anida lesiones inflamatorias en grados distintos; las dos enfermedades son procesos inflamatorios crónicos.

En una y en otra la lesión inicial y las reacciones generales del organismo están supeditadas al agente productor, según su virulencia, capacidad de reproducción y

modo de propagarse, dando estas particularidades el carácter especial a cada una de ellas.

Tanto el espiroqueta como el bacilo tuberculoso producen lesiones esencialmente crónicas, en un principio regresivas, con tendencia a la necrosis, y posteriormente productivas, con tendencia a la proliferación conjuntiva, que no despierta inmunidad absoluta y, por lo tanto, no permite la esterilización del organismo infectado, siendo susceptibles ambas enfermedades de entrar en latencia por tiempo variable, a veces por toda la vida, a pesar de alojar el organismo gérmenes activos de infección en que el individuo con salud aparente se cree libre de su enfermedad; ni en la una ni en la otra se ha podido obtener una inmunidad artificial; los ensayos que se vienen haciendo en la tuberculosis aún no están sancionados por todos y la inmunidad adquirida, siempre relativa, es constantemente función de infección.

Existe en los sífilíticos una cierta resistencia a nuevas infecciones, no tan en absoluto ni tan completa como antes se creía, como Truffi ha podido comprobar en los animales, que varía según los diferentes períodos de la enfermedad; esta inmunidad para otra nueva infección sífilítica que en principio es local y luego se generaliza, tiene sus alternativas e intermitencias que explica la evolución clínica de la enfermedad con sus fases de latencia. Con Bordet podemos decir: «La inmunidad es la virulencia del organismo frente al microbio, como la virulencia de éste es la inmunidad del microbio contra el organismo». La inmunidad puede desaparecer o por el tratamiento o por el tiempo; determinando, o las superinfecciones por seguir el enfermo con su primera sífilis cuando contrae la segunda, o las tan discutidas reinfecciones por estar el enfermo curado en su primera infección al contraer su segunda sífilis.

Algo análogo pasa con la inmunidad tuberculosa que, como la sífilítica, es siempre función de infección y, por lo tanto, no transmisible, sino con la infección misma; pero mientras que en la sífilis el máximo de inmunidad se adquiere en pleno período secundario cuando es mayor el número de treponemas y están dotados de más vitalidad, en la tuberculosis esta inmunidad relativa está supeditada a la presencia de gérmenes vivos en corto número y de escasa virulencia, de donde nace el fundamento de la vacunación activa, y como en la sífilis puede producirse y de hecho producen frecuentes superinfecciones y reinfecciones.

El bacilo tuberculoso tiene tres características que son las determinantes de la infección tuberculosa: 1.^a Su vida aerobia que le permite vivir en la sangre; 2.^a Su escasa toxicidad desde el punto de vista de no segregar sustancias tóxicas o hacerlo en escasa cantidad, y 3.^a Poseer una cubierta cética casi insoluble y resistente a las sustancias reactivas del organismo.

El poder infectante o poder tóxico del bacilo tuberculoso parece que disminuye o desaparece al modificarse las condiciones del organismo que le aloja, haciéndose esta modificación transmisible probablemente a las generaciones de gérmenes, bien por tiempo indefinido, bien transitoriamente, produciéndose de este modo las latencias primarias y secundarias análogas a las sifilíticas, durante las cuales vive el germen en simbiosis sin lesionar los diferentes elementos del organismo que le alberga, lo que nos explica ciertas fases de esta enfermedad. La presencia del bacilo tuberculoso, comprobada por Bartel en los ganglios linfáticos no alterados muchos meses después de la inoculación experimental, en conejo sensibilizado y la demostración del bacilo tuberculoso en la sangre del cordón umbilical en individuos que no reaccionan a la tuberculina nos lo demuestra.

Habrà, pues, una latencia primaria real de cuando el bacilo se aleja en el organismo, que hay que diferenciar de la latencia secundaria transitoria adquirida por el bacilo en el organismo ya tuberculizado, que pueden dar explicación a las localizaciones tuberculosas en sitios distintos mucho tiempo después de curado el complejo primario.

El espiroqueta, por el contrario del bacilo tuberculoso, es anaerobio, por lo que pasa rápidamente por la sangre, toda vez que el oxígeno dificulta su permanencia; su forma espiroidea y sus movimientos explican la rápida emigración de este germen a través de las lagunas linfáticas, de los espacios conjuntivos, sin necesidad, como le ocurre al bacilo tuberculoso, de ser englobado por un leucocito para que le transporte.

El espiroqueta tiene una envoltura lipoide análoga a la cubierta cética del bacilo tuberculoso y un núcleo central proteínico; su envoltura no es osmótica como la del bacilo tuberculoso, no permitiendo los cambios con el exterior, y al no verificarse el intercambio de los productos del metabolismo del germen, quizás también de sus secreciones con los productos del metabolismo normal del organismo que los aloja, hace que la presencia del germen, en tanto no sean destruidos o alterados, pase inadvertida o produzca escasos síntomas; en un todo análogo a lo que pasa con el bacilo tuberculoso, lo cual puede explicar la evolución crónica y poco tóxica de ambas enfermedades.

Así como al bacilo tuberculoso se le ha querido atribuir cierto polimorfismo, admitiendo algunos que los de la tuberculosis bovina y humana proceden de igual especie bacteriológica y son transformables entre sí, que las formas de resistencia descritas por Much Spengler y De Potter se consideran como formas de transición y resistencia, y que el ultravirus comprobado experimental y clínicamente por Fontés, Arloing, Dufort, Balti y Calmette no es más que la forma filtrable del bacilo tuberculoso, su fase inicial en el cual se transforma, así al treponema se le quieren atribuir diferentes tipos morfológicos que corresponderían a diferentes fases de su ciclo evolutivo o formas de resistencia, quedando para algunos (Mac Donag, Peyri) reducido el treponema tal y como lo conocemos al gameto macho de su reproducción sexual. Para Schaudinn la forma densa arrollada y

muy redonda que frecuentemente se encuentra en el bazo de heredosifilíticos, correspondería a un estado de reposo del parásito; la forma rectilínea de Fourquet, las agudas y abotonadas de Bartarrelly, las de variable longitud de Fresle y los corpúsculos de Springer corresponderían a diferentes estadios evolutivos y formas de resistencia del parásito.

Esto aún está en estudio y ni con mucho es admitido por todos, pudiéndose asegurar que la biología de ambos parásitos aún no está perfectamente conocida; lo que es un hecho innegable es que productos histológicos procedentes de animales enfermos en los cuales no se ha podido, por minuciosas investigaciones que se hayan hecho, encontrar los agentes productores de la tuberculosis y de la sífilis, inoculados a un animal de experimentación sano, son capaces de transmitir la enfermedad, lo que nos demuestra que tanto un agente como el otro deben adoptar alguna otra forma que escapa en el momento actual al ojo del investigador.

¿Cómo se verifica la infección de ambas enfermedades? En la tuberculosis el bacilo que se pone en contacto con nuestro revestimiento cutáneo y mucoso puede pasar a través de él intacto, con tal de que fluya un granulocito polimorfo nuclear neutrófilo que lo atrape y lo transporte sin producir lesión ni solución de continuidad. Una vez englobado por el leucocito, recorre mas o menos trecho transportado por él, y en cualquier territorio linfático, en cualquier espacio perivascular se constituye la primera lesión tuberculosa si hay receptividad de tejido y de órgano; por eso la frecuencia de primera localización en el pulmón.

Otras veces, sobre todo en la localización de pulmón e intestino, las dos más frecuentes, se cumple la ley de Conheim; es decir, que el complejo primario se desarrolla en el sitio de entrada del agente patógeno, aunque no siempre ocurre así, siendo Baumgarten de los primeros que defendieron el criterio de que la localización del complejo primario no indica la puerta de entrada de la infección.

Este primer foco de flegmasia específica que se inicia, este chanero tuberculoso, este primer tubérculo, evoluciona de un modo silencioso; el sujeto casi se entera, no tiene síntomas, pero el enfermo va respondiendo, va reaccionando contra los elementos del bacilo tuberculoso y contra los elementos químicos del foco, con la producción de anticuerpos, de sustancias lisicas, fermentos de defensa que atacan y destruyen al germen, y va creando el estado alérgico de Pirquet, preparando nuevas respuestas reaccionales para cuando se produzca una superinfección, bien exógena o endógena, en que el individuo ya sensibilizado responde a la nueva remesa de bacilos de un modo violento, con fuerte reacción inflamatoria exudativa (fenómeno de Koch), análogamente a lo que pasa en la sífilis al aparecer el período secundario florido.

En la sífilis es admisible que el treponema pueda pasar a través de la piel o mucosa intacta, pero esto es muy raro, sería la excepción; normalmente necesita una efracción de la piel o de la mucosa, por pequeña que sea, para que la infección se realice; una vez depositados allí los treponemas, corren suertes distintas; unos son destruidos por nuestras defensas orgánicas, y los otros, los que resisten, unos quedan en el sitio de inoculación formando focos de nidación, en donde aparecerán él o los chancros; otros caminan por las lagunas linfáticas; otros, por los vasos linfáticos a los ganglios tributarios de la región que sirviendo de filtros recogen los gérmenes que a ellos afluyen.

Prokliman "Ciba"

Sofocos
Palpitaciones
Agitación
Insomnio
Cefalalgias
Estreñimiento
Obesidad
Menorragias

Asociación racional
de hormona ovárica
y sustancias sedan-
tes, descongestivas y
cardiotónicas, para
el tratamiento de
los trastornos de la

Menopausia

FRASCO DE 40 COMPRIMIDOS

MUESTRAS Y LITERATURA:

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285 : BARCELONA : Apartado 746

TONOFOSEAN

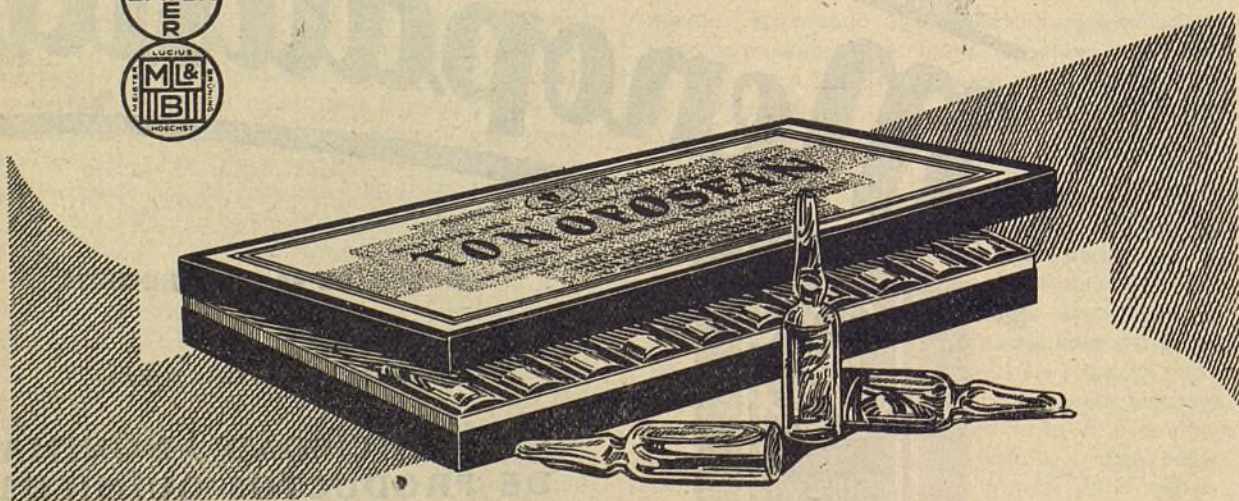
Reconstituyente de gran eficacia y
poderoso estimulante del metabolismo

**Compuesto atóxico
que permite un
tratamiento energético**

Indicado en los trastornos del sistema óseo,
escrofulosis, estados de debilidad física
y psíquica, neurastenia sexual, etc., etc.

La Química Comercial y Farmacéutica, S. A.
Bayer-Meister Lucius

Ausias March, 14 y 18 - BARCELONA - Apartado 280



yen, y otros, por último, siguen la vía hemática, mal medio de transporte del treponema, porque, como hemos dicho, es anaerobio; pero es un hecho comprobado la presencia del treponema en la sangre pocas horas después del contagio. Brown los encontró a las cuarenta y ocho horas, comprobación que ha hecho Pinkus.

Esta di fusión precoz que se realiza en el momento del contagio es puramente mecánica sin efectos en el primer momento; son semillas que no penden y que circulan de una manera pasiva provocando la formación de anticuerpos que se oponen a su desarrollo, destruyendo la mayor parte de ellos, quedando muy pocos vivos que vencieron en la lucha, que son precisamente los que mayor resistencia e importancia adquieren, porque sensibilizando los diferentes tejidos serán los que después den lugar a las diferentes localizaciones en órganos y aparatos.

Ahora bien; a pesar de esta invasión treponémica el individuo no tiene síntomas, está aparentemente sano, necesitando un lapso de tiempo variable entre los siete y cuarenta y cinco días para que la infección se manifieste por un granuloma específico, el chancre, que no es más que la manifestación del poder reaccional defensivo de nuestros tejidos contra el agente infectante, al que tiende a destruir y englobar.

El chancre, la linfítis y la adenitis consecutivas constituyen el complejo primario en todo análogo al tuberculoso.

Las experiencias de Ygersheimer, que inoculando treponemas en la sangre no producían en los animales sífilis generalizadas, sino que estos treponemas conducidos por la sangre y fijados en un sitio comenzaban engendrando un chancre, dan una gran analogía al mecanismo de la infección fímica y avariósica.

Durante el lapso de tiempo desde el contagio a la aparición del síndrome secundario, el organismo está produciendo anticuerpos en un principio localmente, después generales, como nos lo demuestra la aparición de la serología.

Después de la aparición del chancre y curada o no la lesión inicial, bien por tratamiento local o espontáneamente, a lo que tiende siempre, viene una segunda fase de latencia, la segunda incubación, en que el individuo no presenta otros síntomas que la cicatriz del chancre, la linfítis y las adenopatías satélites, pero que aparentemente está sano; al cabo de esta fase de silencio, que puede durar unos dos o tres meses o más si no ha intervenido la terapéutica, aparecen las manifestaciones generales, con sus manchas y placas, a veces fiebre, el período septicémico o secundario florido clásico de Fournier, como si el individuo ya sensibilizado por la irrupción de los treponemas en el momento de la inoculación respondiera alérgicamente a los treponemas que se habían ido reproduciendo en el chancre y propagándose por toda nuestra economía hasta infectarla en su totalidad.

Otra analogía entre ambas infecciones es su transmisión por herencia de la madre al feto; es un hecho comprobado que el bacilo tuberculoso puede pasar a través del endotelio placentario englobado en un linfocito, como antes se admitía casi exclusivamente y que hoy constituye la excepción, creyéndose que la inmensa mayoría de las veces el feto es infectado por el ultravirus, procedente de la madre, como Calmette ha demostrado en las conejas preñadas. Esto explicaría, según Pehu-Dufourt, la mortalidad considerable en los primeros años de la vida de los niños nacidos de madres tuberculosas, en los que la anatomía patológica nada reveló, como los trastornos de des-

arrollo que muestran los que no murieron y que daría la clave de las tuberculosis criptogénicas, con localizaciones más o menos distintas, sin que fueran precedidas del complejo primario pulmonar o intestinal, a veces a bastante distancia del nacimiento, que correspondería al estadio de latencia del ultravirus más o menos largo y mucho más fácilmente aceptable que el estadio de latencia del bacilo tuberculoso, hasta que circunstancias favorables, quizás modificación del medio nutricional, hicieran evolucionar el virus filtrable a la forma adulta del bacilo tuberculoso para producir, no ya alteraciones casi exclusivamente tóxicas, sino lesiones anatomopatológicas y reacciones serológicas que constituyen la infección física.

Análogamente pasa con la sífilis. Los experimentos de Uhlenhuth y Müller en conejas preñadas han demostrado que el treponema pasa a través de la placenta intacta a los cinco minutos de inoculada la madre, y lo mismo ocurre en la mujer; y el hijo al nacer, o aparece con síntomas de su enfermedad, o éstos no se presentan hasta pasado un cierto tiempo y de un modo gradual. Cosa que aquí se explica fácilmente por la biología especial del espiroqueta, la ausencia o escasez de reacciones defensivas del feto y la herencia del treponema con latencia primaria o secundaria que corresponderá al germen de la madre en el momento del embarazo, y tanto el germen del feto como la evolución de las lesiones de éste estarán condicionados al tratamiento a que se sometió la madre y a la época del embarazo en que fué infectada.

La transmisión propiamente hereditaria, la germinativa, hoy día no es admisible, aun cuando hay quien la defiende, y continuamos llamando hereditaria la que hemos expuesto, o sea la transmitida de la madre al feto a través de la placenta.

En tanto el bacilo tuberculoso es un parásito esencialmente celular, un habitante del leucocito que lo transporta a través de la vía linfática o hemática a puntos muy distantes y que en ocasiones puede multiplicarse dentro de estas células a pesar de su poder fagocitario, el treponema es preferentemente un parásito de la linfa donde vive y se multiplica, pero tanto el uno como el otro viven fuera de las células diferenciadas de los tejidos y sólo excepcionalmente penetran activamente en ellas.

El treponema tiene en su haber una reproducción muy superior a la del bacilo tuberculoso y propagación más rápida aun que su reproducción, habiendo encontrado Hoffmann los treponemas en los ganglios regionales a los cinco minutos de la inoculación, necesitando el bacilo tuberculoso más tiempo, de dos a veinticuatro horas, para alcanzar los ganglios vecinos al punto de la inoculación; los unos y los otros se difunden por las vías linfática y hemática, aun cuando por esta última el treponema en más escasa cantidad.

En general, el treponema tarda en adaptarse al organismo humano en la sífilis adquirida un cierto tiempo (incubación) durante el cual no produce síntomas, hasta que se establece el intercambio con los elementos que le rodean, dando lugar al complejo primario; análogamente pasa en la tuberculosis humana, pero más lentamente, no pudiéndose precisar el tiempo que media entre la inoculación y la aparición de la lesión primaria tuberculosa, que generalmente evoluciona de un modo silencioso y no visible.

Consecutivamente al complejo primario ocurre en la tuberculosis de un modo general un período de calma (segunda incubación de la sífilis), de curación clínica que puede durar mucho tiempo o toda la vida; pero otras veces

se produce a continuación una gran invasión de gérmenes por vía sanguínea (bacilemia) que da lugar a la generalización temprana y corresponde en sus efectos a la gran invasión linfática y sanguínea de la sífilis, en pleno período secundario en que se produce una espiroquetemia por superinfección de los mismos gérmenes contenidos en el organismo, ya infectado débilmente por ellos en el momento del contagio.

Este período secundario de la sífilis, que puede durar de dos a cuatro años y que puede terminar con latencia ininterrumpida o por pase al período terciario, en la tuberculosis puede, o pasar a latencia con curación clínica, aparente, o tener recidivas tardías que asemejan al terciarismo sífilítico.

Si la sífilis no puede ser clasificada en períodos como afirmó Clifford Allbut, con tanta más razón la tuberculosis no ha de ajustarse a una evolución tan sistemática, y el parangón que hemos querido establecer entre ambas es solamente para recalcar las líneas generales comunes a la una y a la otra, que sólo permiten la división en reciente y tardía.

Otro carácter común a ambas enfermedades es la distribución de los gérmenes en los tejidos enfermos; ambos disminuyen y hasta desaparecen en los sitios más fuerte y extensamente lesionados; el uno persiste alrededor y en las zonas del borde del chancro; el otro en el tubérculo no caseificado y en el tejido próximo, pero ambos escasean y difícilmente se les encuentra en el goma y en las masas caseosas del tubérculo.

La lesión anatomopatológica que determinan ambas infecciones son análogas; son la expresión de un proceso inflamatorio crónico; sus elementos constitutivos se repiten en ambas, si bien con diferencias no esenciales; únicamente la comprobación del agente causal, no siempre posible, puede permitir establecer en ocasiones el diagnóstico diferencial.

Estas lesiones anatomopatológicas comienzan en ambos procesos con la producción de un trastorno circulatorio local, acompañado de una emigración de leucocitos y células plasmáticas derivadas de las paredes de los vasos próximos, que va precedida de una lesión alternativa de los elementos diferenciados, más fácilmente demostrable en la tuberculosis y no tanto en la sífilis; seguramente antes también se produce una alteración de los líquidos orgánicos que da lugar a los fenómenos de inmunidad, en los que reside la expresión específica de cada una de estas infecciones.

Las características que antes se daban como signos diferenciales entre las lesiones sífilíticas y tuberculosas han ido perdiendo su valor conforme la observación atenta y los perfeccionamientos de la técnica histológica han ido demostrando que tales signos no son exclusivos de una y otra enfermedad, siendo lo frecuente que sólo existan diferencias graduales entre unas y otras lesiones; ni las células gigantes de Langhan son exclusivas del tubérculo, como antes se creía y que hoy día se las encuentra muchas veces en los gomas antes de su caseificación; ni la persistencia de los fascículos elásticos es característica de las lesiones gomosas, en donde a veces se destruyen y desaparecen, permaneciendo en cambio en algunas lesiones tuberculosas, en las cuales sólo desaparecen los fascículos más finos; ni la producción conjuntiva con formación de fibroblastos y tendencia a la forma fasciculada, se dan solamente en las lesiones sífilíticas, como Huebschmann ha demostrado estudiando la red fasciculada del tubérculo; ni las células epitelioides abundan en gran cantidad

entre las redes de fibroblastos; solamente en las lesiones tuberculosas, como Benda ha comprobado estudiando gomas que contenían disposiciones sencillas de numerosas células epitelioides, etc. Esta semejanza de las lesiones anatomopatológicas quizá sea debida a la analogía de la composición química de ambos agentes que produzcan en nuestro organismo unos efectos reaccionales parecidos y sólo diferenciables en la composición de los líquidos orgánicos.

Por si algo faltaba en la analogía entre ambas infecciones, la desviación del complemento que constituye el fundamento de la reacción de Wassermann en la sífilis, se da en la tuberculosis ante antígenos específicos y las modernas corrientes van por el lado de las reacciones serológicas para el diagnóstico biológico de la tuberculosis, dándose también la coincidencia de que en los procesos pulmonares cavitarios se da el porcentaje más bajo de positividad, como ocurre en la sífilis gomosa, y en cambio en la forma ulcerocaseosa y nodular, siempre o casi siempre el examen serológico es positivo, como sucede con la sífilis en período secundario.

*
*
*

Padeciéndose la sífilis en términos generales entre el 12 y 15 por 100 de los sujetos y la tuberculosis entre el 80 y el 85 por 100, se comprende fácilmente que ambas enfermedades puedan coincidir con frecuencia en el mismo individuo; multitud de veces pasará inadvertida esta asociación cuando la enfermedad primera haya entrado en latencia clínica y su evolución anterior haya sido insidiosa y sin apenas síntomas; pero si buscamos en todos los tuberculosos con toda minuciosidad los signos y estigmas de sífilis y practicamos sistemáticamente las reacciones serológicas, y en los sífilíticos sus antecedentes tuberculosos, nos convenceremos de la frecuencia de la asociación de ambas enfermedades en un gran número de casos, de los que la mayoría en la actualidad pasan inadvertidos.

Esto sólo tiene una importancia relativa, pues cuando ambas enfermedades están en actividad clínica o serológica y, por lo tanto, cuando la influencia recíproca es más marcada, entonces nos es mucho más fácil descubrirla y tenerla presente para el juicio clínico pronóstico y terapéutico.

Las estadísticas de coincidencia de sífilis con tuberculosis publicadas varían considerablemente: Sokolowki entre 8.074 tuberculosos encontró la sífilis en un 3 por 100; Weiss en 495 enfermos tuberculosos encuentra sífilis en el 5,3 por 100. Posteriormente, conforme se perfeccionan las técnicas serológicas y se generaliza su práctica, las estadísticas dan un porcentaje más elevado: Ritter, el año 1914, da del 13 al 27 por 100 de coincidencia, y Domicis el 80 por 100, cifra, como se ve, muy elevada; pero hay que tener muy en cuenta el material en que se realizan estos estudios estadísticos, toda vez que la proporcionalidad variará considerablemente de hacerse entre enfermos jóvenes no expuestos al contagio sexual a hacerlo entre profesionales.

La cifra del 17,5 por 100, en la que coinciden varias estadísticas, parece ser exagerada.

De entre todos los trabajos estadísticos que hemos revisado, los de Redlich y Steiner, hechos en el Hospital General de Viena, parecen los mejor realizados y menos sujetos a error; se basan sus estudios en el examen de 885 enfermos que ingresaron en la tercera Clínica médica de dicho Hospital durante tres años, afectos de sífilis y tuberculosis, y los resultados que obtuvieron son los si-



**curas indoloras
de quemaduras
con el
pulverizador
de**

El Pulverizador de AMBRINA simplifica extraordinariamente la aplicación de este excelente preparado y permite proyectarlo directamente sobre la llaga. Por su mediación se establece un apósito compacto e impermeable; lográndose una capa homogénea y uniforme, y evitando al lesionado toda sensación de quemadura. En suma, con el Pulverizador de AMBRINA se consigue una cura sencilla, práctica, rápida e indolora.

AMBRINA suprime el dolor y cura rápidamente las quemaduras, sin dejar cicatrices deformes. Es un poderoso antiséptico y facilita extraordinariamente la formación de nuevos tejidos.



AMBRINA

Nuestro Departamento Científico facilita a los Sres. Médicos literatura y muestras; y, en cualquier caso concreto, la información científica correspondiente.
FEDERICO BONEI
Apartado 501 - Madrid

EN LOS TRASTORNOS NERVIOSOS

que preceden o acompañan a la menopausia y en los característicos de las dismenorreas está indicado el Vagotonil. Es un específico en el que están asociados depresores del Parasimpático y sistema Vagal, con moderadores de las reacciones neurales y un extracto ovárico total (tipo controlado). Indicado con precisión en Insomnio, Cefalea hipertensiva de las climatéricas, Crisis nerviosas, Neurastenia, Hirsutismo (tipo femenino - varonil), etc., etc.

Extracto OVARICO total, (TIPO); Extracto de VALERIANA; Extracto de BELLADONA; LUMINAL. (En grajeas, de 4 a 12 diarias.)



VAGOTONIL

Pida muestras y literatura al autor: C. GRAINO
Calle de las Infantas, 31
Apartado 501 - Madrid



Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.

Rigurosamente dosificado

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

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

De venta en todas las farmacias.

Depositorio general para España:

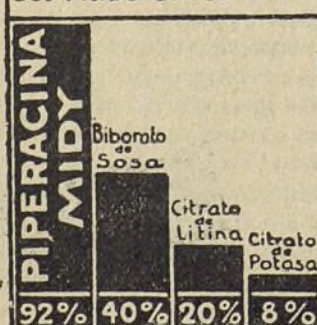
D. ANTONIO SERRA.—Apartado 26, Reus (Tarragona).

PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

“El más rico en principio activo.”

Solubilidad comparada
del Acido Úrico en:



MUESTRA Laboratorios MIDY.

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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

4, rue du Colonel Moll, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

guientes: 479 enfermos padecían de tuberculosis y 406 de sífilis; entre los 479 que padecían tuberculosis 175 eran hombres, y entre ellos 19 eran sífilíticos seguros, y de las 304 mujeres tuberculosas 21 eran sífilíticas evidentes, con lo que demostraron que sólo 40 veces hubo coincidencia de sífilis y tuberculosis.

Ahora bien; la sífilis y la tuberculosis pueden asociarse, o evolucionando ambas enfermedades paralelamente en el mismo sujeto (hibridez de terreno), o asociándose sus lesiones (hibridez de lesiones).

Estos dos modos de asociación sólo tienen un interés patogénico, pues en la práctica no constituyen más que uno solo, toda vez que cuando las lesiones sífilíticas y tuberculosas coinciden en el mismo órgano no se unen, como lo hace una combinación química, sino se juntan como una mezcla, conservando cada lesión parte de sus caracteres particulares; por eso el sentido de la célebre imagen de Ricord de «escrofulato de sífilis» no es tan estrecho como parece desprenderse de la frase, sino que sólo implica los caracteres particulares de las manifestaciones escrofulosas en los sífilíticos y reciprocamente; constituye la reunión de estos dos órdenes de lesiones una lesión compleja con caracteres de ambas, que fué llamada por Devergie «escrofulosífilis»; por Lugel, «estado mixto», y por Fournier, «hibridez sífiloestrumsa»; así pues, en la asociación de lesiones no hay transformación de una en otra, sino que se unen íntimamente, se yuxtaponen, se entresacan, pero no se combinan, evolucionando independientemente con las modificaciones que les imprime el terreno en que asientan.

Por eso un tratamiento sífilítico podrá mejorar una lesión puramente tuberculosa, obrando directamente sobre el terreno, aunque no sobre la lesión, y a su vez un tratamiento antifímico no podrá mejorar una lesión tuberculosa cuando ésta sea inmodificable.

* *

La frase de Landouzy «la sífilis prepara el lecho de la tuberculosis» parece indicar la influencia nefasta que la infección sífilítica ejerce en el contagio de la tuberculosis; para Fournier, el papel predisponente de la sífilis para la infección tuberculosa era innegable; para Sergent, la sífilis es un poderoso factor de tuberculización; y durante mucho tiempo se ha venido escribiendo la influencia perniciosa de la sífilis para el contagio de la tuberculosis, pero debemos salir al paso y decir de una vez que la sífilis obra como una otra infección cualquiera, como una tifoidea, como una gripe, como una neumonía, que debilitando nuestras defensas orgánicas pone al sujeto en condiciones de receptividad para otra nueva infección exógena; «el gran zafarrancho» que la sífilis produce en nuestro organismo, según la frase de Ricord, le pone en estado alérgico receptor de cualquier nueva infección.

La menor importancia que hoy día concedemos al factor sífilis en el contagio de la tuberculosis, seguramente se debe a que la sífilis actual es completamente distinta a la del siglo XIV; pasa como con la tuberculosis, su cuadro clínico y su gravedad han cambiado por completo; ya no se ven aquellos casos de sífilis galopantes, caquectizantes, con violento poder destructivo, que mataba en meses. La inmunidad adquirida por haberla sufrido alguno de nuestros ascendientes, la pérdida de virulencia del parásito por el pase sucesivo por diferentes sujetos y el uso de los remedios quimioterápicos han hecho que pierda su carácter y que su cuadro sindrómico sea distinto al estudiado como clásico, y quién sabe si en el transcurso de los siglos, al

igual de lo que va sucediendo con la lepra y la tuberculosis, llegue progresivamente a dejar de ser enfermedad para convertirse su agente en un parásito saprofítico.

Ahora bien; es un hecho que la sífilis puede favorecer la tuberculización por dos mecanismos: de un modo indirecto o de una manera directa; el primero es, como acabamos de indicar, actuando la sífilis sobre el organismo, debilitando defensas y poniéndole en condiciones de inferioridad y de más fácil receptividad; así puede actuar la sífilis durante toda su evolución, con tanto más valor cuanto más intensa sea la infección luética o más lesiones haya producido y peor tratamiento haya seguido el enfermo.

La tuberculización directa, también estudiada por Poalin y Landouzy primero y después por Sergent, sería aquella que se produjera a favor de las lesiones sífilíticas abiertas, ocasionadas en nuestro revestimiento cutáneo y mucoso, que si en otro tiempo pudo tener predicamento, hoy no, porque esas lesiones apenas existen en la actualidad, después de la era salvársica.

* *

La influencia que la sífilis ejerce en la evolución de la tuberculosis es evidente, como la recíproca que estudiaremos más adelante.

La sífilis imprime una evolución a la tuberculosis distinta según el período de la sífilis en que sobrevenga el contagio tuberculoso; así pues, la influencia que la sífilis puede ejercer sobre la tuberculosis varía considerablemente a si se trata de una sífilis antigua latente y bien tratada, a si se trata de una infección sífilítica reciente abandonada; el cuadro morboso depende en primer término del período en que se encuentre la primera enfermedad al sobreañadirse la segunda infección y en segundo término el tratamiento antisífilítico a que haya sido o sea sometido en lo sucesivo el enfermo.

Pueden ocurrir varios casos; en general podemos decir tantos como enfermos examinamos, pues nunca mejor que ahora podemos asegurar que cada enfermo es distinto de los demás, pero para facilitar la comprensión la agruparemos en seis variedades:

1.º *Sífilis antigua bien tratada con latencia clínica y serológica.*—Cuando en estos enfermos sobreviene la tuberculosis suele evolucionar en ellos como en un individuo completamente sano; la escuela francesa con Sergent a la cabeza cree que en este caso el pronóstico del enfermo se encuentra favorecido porque la sífilis antigua obraría sobre la tuberculosis reciente, imprimiéndole una evolución tórpida, fibrosa, con marcada proliferación conjuntiva y tendencia a la calicosis; pero clínicamente Bernard, Schroder y otros han comprobado que la sífilis por si sola es incapaz de transformar el proceso tuberculoso en una tisis fibrosa; así pues, en este caso podemos decir que la sífilis no influye en nada en la evolución del proceso tuberculoso, que se desarrolla igual que en un sujeto sano.

2.º *Sífilis antigua con latencia clínica, pero en sujeto deficientemente tratado.*—Aquí puede ocurrir, o que el enfermo a pesar de la deficiencia del tratamiento haya entrado en latencia clínica ininterrumpida, con lo cual se asemeja en todo al caso anterior, o que esta latencia cese al sobrevenir la infección tuberculosa o al poco tiempo de comenzar, apareciendo lesiones viscerales de tipo terciario; la aparición de aortitis y lesiones vasculares, en general de lesiones sistematizadas del sistema nervioso central, tabes y parálisis general, la aparición de gomas, etc.,

ensombrecen considerablemente el pronóstico del proceso tuberculoso sabreadado, que a veces evoluciona rápidamente de un modo violento, determinando la muerte en poco tiempo.

3.º *Sífilis antigua con lesiones orgánicas ya constituidas.*—Análogamente a lo que acabamos de exponer, las visceropatías de una sífilis antigua, las aortitis, la parálisis general, la tabes, etc., agravan considerablemente el proceso tuberculoso reciente; algunas tuberculosis hospitalarias en tabéticos antiguos deben su rápido curso mortal a esta desgraciada asociación.

Concretando podemos decir con Schlesinger que «una sífilis antigua estacionaria con buen estado de fuerzas del enfermo no empeora el pronóstico de la tuberculosis nueva que se le añade, pero que toda debilitación de fuerzas del organismo provocada directa e indirectamente por la sífilis allana el camino de la lesión tuberculosa y favorece un curso más rápido y grave de la misma».

4.º *Sífilis reciente bien tratada y con latencia clínica y serológica.*—En este caso la influencia que la sífilis ejerza en la evolución de la tuberculosis estará subordinada: 1.º Al tiempo que haga que entró la sífilis en latencia clínica y serológica. 2.º A la intensidad y duración del tratamiento antisifilítico a que fué sometido el enfermo; y 3.º A la precocidad con que se comenzara este tratamiento.

En los sífilíticos sin tara orgánica y buen desarrollo físico, en que su sífilis se trató precoz y suficientemente y que están en latencia clínica y serológica prolongada, se les puede considerar prácticamente como curados, y en ellos puede evolucionar la tuberculosis como en un sujeto sano con tal de no imponer tratamientos antisifilíticos inoportunos que pueden agravar la evolución del proceso tuberculoso.

5.º *Sífilis reciente con actividad clínica y serológica.*—Es en absoluto la asociación más desfavorable la unión de una tuberculosis reciente a una sífilis reciente. La adición de la septicemia tuberculosa a la septicemia sífilítica ha de ser de resultados funestos, pero el pronóstico cambiará según el grado variable de inmunidad y resistencia del organismo, pues un buen estado general y constitución robusta del sífilítico con integridad funcional en sus órganos y aparatos y perfecta tolerancia medicamentosa puede conducir al proceso tuberculoso que se le agrega a una tuberculosis pulmonar de curso leve siempre bajo la condición precisa de rigurosos cuidados al enfermo y evitación de toda clase de excesos y de tratamientos antisifilíticos forzados e intempestivos por demasiada energía.

En cambio, si el proceso tuberculoso asienta en un sífilítico activo con miseria orgánica y falta de defensas o con intolerancia medicamentosa, el proceso tuberculoso puede evolucionar rápidamente hacia la muerte con marcada tendencia a la hemoptisis.

6.º *Sífilis congénita.*—El sífilítico hereditario es un ser con tono orgánico rebajado con disminución de sus defensas y energías y en condiciones de inferioridad para luchar contra las infecciones; pero a pesar de eso el proceso tuberculoso suele evolucionar en ellos más o menos silenciosamente, sin carácter particular alguno, salvo la tendencia a la formación de cavernas, hasta el punto que para Hutinel siempre que en un niño en la primera infancia se encuentra una caverna tuberculosa es signo de sífilis congénita, teniendo que señalar que no se trata de lesiones sífilíticas pulmonares, sino de cavernas tuberculosas con bacilos de Koch, sobre las cuales un tratamiento antilúético actúa marcadamente mejorándolas, de un

modo indirecto obrando sobre el terreno heredosifilítico. Para Weiss los heredosifilíticos con peso normal al nacimiento rara vez adquirirían una tuberculosis grave.

Si en la tuberculosis su contagio se encuentra favorecido, al igual que para otras infecciones comunes, por la falta de resistencia y disminución de nuestras defensas orgánicas, sea cualquiera la causa que la determine, en la sífilis este factor no juega gran papel, y podemos decir que es la más socialista de todas las enfermedades, pues lo mismo ataca al fuerte y vigoroso que al enfermo y débil, igual al rico y bien nutrido que al pobre y mal alimentado, no necesitando de la preparación del terreno para que el contagio se realice, pudiéndose verificar éste igualmente en individuo sano que en un afecto de tuberculosis.

En los comienzos de la infección fímica algunos admiten que el individuo sufre una exacerbación de su instinto genésico, y claro que si se entrega a la práctica repetida del coito quedará más expuesto al contagio sífilítico, toda vez que, si no exclusivamente, la inmensa mayoría de las veces es de origen genital; pero después en plena evolución de su tuberculosis, cuando está diagnosticada y en tratamiento, el enfermo obediente rehusará las relaciones genitales que son un derroche de sus energías, que en estos enfermos no sólo se tienen que conservar, sino que aumentar con cuantos medios pueda actuar el clínico; quedamos, pues, que la tuberculosis no influye en el contagio de la sífilis, el cual dependerá de la mayor o menor frecuencia con que se entreguen a sus relaciones sexuales y menos medidas profilácticas adopten.

La influencia que la tuberculosis ejerce en la evolución de la sífilis varía según se trate de una tuberculosis reciente o antigua:

1.º *Tuberculosis pulmonar antigua.*—La unión de una sífilis reciente a una tuberculosis pulmonar antigua, caso el más frecuente de todos, puede manifestarse de muy distintos modos. Si la tuberculosis es muy antigua y se encuentra clínicamente curada en sujeto con buen estado de fuerzas, la sífilis se comporta como en un sujeto sano; debemos recordar la frecuencia con que en sujetos sífilíticos recientes, aparentemente indemnes de todo antecedente fímico, se encuentran lesiones caseificadas del pulmón y en los que la nueva infección sífilítica se comporta como en un enfermo corriente con tal de que no sea sometido a tratamientos antisifilíticos tumultuosos, intempestivos, excesivamente enérgicos, en cuyo caso pueden desencadenarse verdaderas tempestades fímicas provocadas por tratamientos mal dirigidos; así, en estos enfermos deberemos tener en cuenta sus antecedentes tuberculosos y las lesiones fímicas ya cicatrizadas que pueden mostrarse en exámenes clínicos detenidos para imponer un tratamiento específico suave, prudente y continuado, quizá insuficiente en un enfermo sin esta asociación de enfermedades, pero que aquí no tendremos más remedio que conformarnos con él y prolongar en duración lo que se haya de quitar en intensidad.

La sífilis reciente en tuberculosos antiguos, pero con lesiones pulmonares en potencia o en latencia de edad avanzada y con mal estado de nutrición, se comporta de un muy distinto modo; aquí con frecuencia se ve evolucionar el proceso pulmonar, hasta entonces estacionario, de un modo violento y rápido; es frecuente ver enfermos de edad avanzada con antecedentes fímicos y lesiones más o menos apagadas que al adquirir una sífilis nueva se

activa el proceso tuberculoso dormido y determina una muerte rápida, como si la conmoción producida en el organismo por la lúes reciente espoleara el proceso tuberculoso y le imprimiera una evolución rápida y mortal.

Si la tuberculosis antigua ha determinado lesiones crónicas extensas con progresión continua, aunque lenta, la asociación de la sífilis empeora aún más el pronóstico del enfermo y frecuentemente se ve que la aparición de la infección luética se acompaña de fiebre elevada, de bronquialveolitis, de procesos de neumonía caseosa y fusión de focos pulmonares en que con frecuentes y repetidas hemoptisis termina rápidamente con la vida del enfermo.

Concretando podemos decir: «Que una tuberculosis pulmonar antigua curada o estacionaria insignificante, por regla general no se hace progresiva a consecuencia de una lúes recientemente adquirida, con excepción de los enfermos débiles o ancianos; pero en la mayoría de los casos de esta combinación, la sífilis conduce a un cambio funesto en el curso de la tisis pulmonar hasta con un buen estado de fuerzas del enfermo». (Schlesinger.)

2.º *Tuberculosis pulmonar reciente.*—Cuanto hemos dicho antes de la asociación de sífilis y tuberculosis reciente podemos repetir aquí; la unión de ambas infecciones recientemente adquiridas agrava considerablemente el pronóstico del enfermo, que estará subordinado, no solamente al estado de fuerza del sujeto, integridad de sus órganos y aparatos, sino además a la mayor o menor virulencia de los bacilos tuberculosos y espiroquetas, no igual en todos los sujetos, a la tolerancia terapéutica y tratamiento a que sea sometido.

Para Weiss, cuando a una tuberculosis reciente se le añade una sífilis reciente, ésta actuaría como curativa en el sentido de una terapéutica proteínica; esto no es, ni con mucho, compartido por los demás, que juzgan se agrava considerablemente el curso de la enfermedad cuando a una fimia reciente se le añade lúes nueva. De ser ésta una asociación frecuente de ambas enfermedades, nace la creencia general de que la unión de tuberculosis y sífilis es casi siempre mortal, cuando ya hemos visto que pueden evolucionar independientemente sin influenciarse y hasta que para algunos la asociación de ambas enfermedades puede mejorar el pronóstico del enfermo en determinadas circunstancias.

* *

Quando la tuberculosis se deja influenciar por la sífilis, no siempre porque ambas enfermedades pueden evolucionar paralelamente de un modo más o menos independiente como acabamos de decir, el proceso tuberculoso pulmonar puede adoptar ciertas particularidades; admitiendo la conocida división de Aschoff, aunque de antemano sepamos que son tantas las formas clínicas de la tuberculosis pulmonar que no pueden ajustarse a ninguna clasificación, diremos que la forma cirrótica se da preferentemente en los sífilíticos antiguos sin manifestaciones clínicas, que en los sífilíticos recientes suele predominar la forma exudativa; pero siendo lo común que se asocien las diferentes formas clínicas y se combinen los procesos escleróticos con los exudativos que fácilmente conducen a procesos de destrucción y fusión. En términos generales podemos decir que los síndromes agudos, jugosos, violentos, corresponden, por lo general, a la asociación con sífilis reciente, y, que en cambio, las formas cerradas, insidiosas, secas, con pocos síntomas, son más comunes en los sífilíticos antiguos.

El diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en un sífilítico ofrece grandes dificultades, no siempre posibles de solucionar: conforme antes toda lesión pulmonar era tuberculosa, ahora cuando en un sífilítico evidente se encuentra una lesión de pulmón se le atribuye a la sífilis, quizá como compensación a que antes no se pensara en ella y muchas pasaran indagnosticadas.

La evolución clínica del proceso pulmonar no da elementos de juicio para establecer un diagnóstico diferencial; el buen aspecto de los enfermos, que antes se admitía en favor del origen sífilítico de la lesión, no es exacto, porque hoy se da hasta en tuberculosos graves; el comienzo tumultuoso del proceso igual se da en la sífilis como en la tuberculosis; el síntoma hemoptisis no tiene valor absoluto, lo mismo se da en uno que en otro proceso y sólo significa que se han producido cavidades en los pulmones cualesquiera que sea su naturaleza. El esputo purulento o fétido como signo de secreción en descomposición y de eliminación de una pequeña destrucción circunscrita del parénquima pulmonar es común a uno y otro proceso; sólo tiene valor el hallazgo del bacilo tuberculoso, que indica que hay una lesión fimica, pero no que haya otras lesiones que sean de naturaleza distinta.

Así pues, tenemos que ser muy parcos ante el diagnóstico de una lesión tuberculosa en sífilítico activo, pues se podrá afirmar que aquel sujeto sífilítico es un tuberculoso pulmonar, pero no que todas las lesiones sean de origen exclusivamente tuberculoso.

Ni los síntomas estetoscópicos ni los radiográficos permiten a veces sentar un diagnóstico diferencial.

No obstante, nos orientará en el diagnóstico del origen tuberculoso de la lesión el hallazgo del bacilo de Koch, el comienzo del proceso por los lóbulos superiores, la formación de cavernas (mucho más frecuentes en la tuberculosis pulmonar), la bilateralidad de las lesiones, la formación de procesos exudativos en los vértices pulmonares, los procesos de calcificación hasta en las afecciones (retráctiles que para Hansemann faltaría constantemente en las lesiones de origen sífilítico), la decadencia rápida del organismo desde el comienzo de la infección, la demostración de otras lesiones fimicas y la falta de otras manifestaciones sífilíticas.

* *

Las lesiones sífilíticas del pulmón han pasado durante mucho tiempo confundidas con la tuberculosis pulmonar por la gran semejanza que en su sintomatología tienen ambos procesos morbosos. En un principio se atribuyó a la sífilis toda lesión pulmonar que evolucionaba en un sífilítico; después viene la reacción opuesta cuando aparecen los trabajos de Laennec, en que se desecha toda etiología sífilítica, atribuyéndoles exclusivamente un origen tuberculoso; más modernamente se admite la existencia de lesiones pulmonares de origen sífilítico y tuberculoso, y los autores se esfuerzan en diferenciarlas clínicamente, y posteriormente se admite la asociación de ambas enfermedades en el pulmón y la influencia recíproca que se ejercen mutuamente, sacándose importantes deducciones diagnósticas y terapéuticas.

Hoy día se ven y diagnostican más sífilis pulmonares que hace veinte años, no porque abunden más, sino porque las conocemos mejor y disponemos de medios que nos permiten descubrirlas con más facilidad; pero sigue siendo una localización rara de la sífilis, a pesar de que hay grandes divergencias entre los autores; algunos proclaman su frecuencia, sobre todo los radiólogos; pero estos

diagnósticos clínicos no han recibido comprobación anatómica la mayoría de las veces. Watkins, entre 6.200 enfermos pulmonares explorados, encuentra 172 veces sífilis pulmonar. Munro, entre 100 casos de un sanatorio pulmonar, descubre seis seguros de sífilis pulmonar y nueve combinados con tuberculosis pulmonar. Schlesinger, con un material clínico y anatómico muy grande de enfermos, sólo ha visto dos casos comprobados por la autopsia y pocos pacientes en los cuales se pudiera justificar un diagnóstico clínico de sífilis pulmonar. Rössle, que ha estudiado 25 casos de sífilis pulmonar, es de opinión de que es enfermedad poco frecuente. Entre Fournier, que dió 14 casos entre 3.429 enfermos sífilíticos terciarios, y Osler, que encuentra 12 casos en 28 autopsias de sífilis graves, hay estadísticas para todos los gustos. Nosotros, entre 9.815 enfermos de sífilis historiados en diferentes periodos, sólo hemos visto dos casos de sífilis pulmonar pura seguidos de curación; verdad es que la inmensa mayoría de nuestros enfermos son individuos jóvenes y con infección reciente, pues de todas maneras es una localización rara, pero ni con mucho insólita, debiéndola tener muy en cuenta en todos los procesos pulmonares que se presentan en presuntos sífilíticos o sífilíticos confirmados para descubrirla y diagnosticarla.

El aparato respiratorio puede ser afectado por la sífilis durante toda su evolución desde que comienza su generalización; el exantema del periodo secundario puede ir acompañado de un enantema de la mucosa bronquial que determine bronquitis y traqueobronquitis agudas de fácil resolución; su existencia ha sido negada por algunos, y si para otros su frecuencia era grande en otro tiempo, hoy constituye una excepción después de la era salvarsánica.

La sífilis de los pulmones puede ser congénita o adquirida. La sífilis pulmonar congénita precoz o neumonía blanca del recién nacido es más frecuente que la tardía y ofrece más un interés anatómico que clínico por la insignificancia de sus síntomas, reducidos al coriza, la disnea y la cianosis; suelen faltar los signos de percusión y auscultación y tener temperatura normal, siendo su diagnóstico muy difícil, pues ni el examen radiográfico sirve en ocasiones y sólo a veces en la placa radiográfica se presenta estriación de los pulmones o en una sombra continua infiltrados difusos; por regla general se acompaña de otras manifestaciones sífilíticas que permiten sospechar su diagnóstico, y su pronóstico es muy grave, pues mata en los tres primeros meses de la vida.

La sífilis pulmonar congénita tardía es mucho menor frecuente que la anterior, hasta el punto que para algunos constituye una rareza; se presenta durante el segundo o tercer año de la vida, bien como consecuencia de accidentes precoces o como primera manifestación pulmonar de la sífilis hereditaria; puede revestir, o el tipo de neumonía blanca o el de neumonía intersticial con esclerosis y presencia de gomas, o el tipo ulceroso cavitario, del que se han descrito más casos. Su importancia estriba en su diagnóstico diferencial con la tuberculosis pulmonar, con la cual fácilmente se confunde; pero la ausencia de bacilos de Koch, la presencia de estigmas de heredosífilis, la serología positiva y la investigación del espiroqueta al nivel de las lesiones dan elementos para sentar el diagnóstico.

Sífilis pulmonar adquirida.— La localización en los pulmones de la sífilis adquirida es siempre una manifestación tardía de la infección luética; en el periodo secundario y en los comienzos de la infección puede haber sín-

dromes de bronquitis agudas o subagudas de origen sífilítico, pero son muy raras, en contra de lo sostenido por algunos autores.

En la sífilis pulmonar del adulto, como toda manifestación sífilítica terciaria, ha de sujetarse el proceso morboso a la lesión anatomopatológica tipo de este periodo de la sífilis, como son el goma y la esclerosis, y la diferente sintomatología variará según la preponderancia de uno u otro elemento. Por eso se describe una forma ciarrótica y una forma gomosa, cuando más bien que formas clínicas distintas son estadios evolutivos del mismo proceso morboso.

Elizalde admite en la localización de la sífilis en los pulmones un primer periodo de catarro con iniciación de la neoformación inflamatoria; un segundo periodo esclerogomoso sin bronquiectasia y con obstrucción alveolar; un tercer periodo, también esclerogomoso, con bronquiectasia y con recuperación de la conductibilidad alveolar, y un cuarto periodo de esclerosis, cuyo esquema nos da la clave de las diferentes formas clínicas que se observan en la práctica.

La localización del treponema en el pulmón suele presentarse entre los cuatro y diez años del contagio; se cita un caso presentado a los treinta y cuatro años de la infección. Su comienzo casi siempre se realiza de un modo insidioso, lento, con ligera tos, con poca fiebre o sin ella, con expectoración al principio escasa, que cada vez se hace más abundante hasta tomar el carácter de bocanada. Estos esputos, que en un principio no contienen sangre, se van progresivamente haciendo hemoptoicos hasta producirse hemoptisis verdaderas muy graves, bien por la fusión y reblandecimiento de un goma, las menos veces, o por la ulceración de la mucosa bronquial al estancarse y descomponerse la expectoración en una caverna bronquiectásica.

Otras veces el comienzo es más violento con un síndrome de bronquialveolitis exudativa, con fiebre, intensa disnea, tos muy molesta y expectoración abundante que, o bien progresivamente va cediendo, o que da lugar a muy graves hemoptisis que terminan con la vida del enfermo.

Los gomas en el pulmón se toleran muy bien, sin otra sintomatología que ligera tos y escasa expectoración; con frecuencia se descubren al hacer un examen radiográfico; estos gomas por regla general se caseifican y organizan, motivando formaciones fibrosas que al retraerse dilatan la luz de los bronquios dando lugar a cavidades bronquiectásicas.

La formación de cavernas, por fusión, reblandecimiento y expulsión del cadáver del goma no son frecuentes, como Elizalde ha tenido ocasión de comprobar, aunque es indudable que se producen en algunas ocasiones, en contra de lo que opina Beriel que no admite esta formación cavitaria.

Cuando los gomas son muy numerosos y muy pequeños pueden dar lugar a verdaderas granulias pulmonares sífilíticas, producidas por la invasión de múltiples gomas miliares que a veces evolucionan con un síndrome de bronquioalveolitis aguda, sin síntoma patopneumónico alguno que permita diferenciarla del proceso tuberculoso.

Otras veces el germen no determina sólo la formación de gomas, sino que produce procesos peribronquiales y de cirrosis interalveolar que, invadiendo poco a poco el parénquima pulmonar determinan una disminución de la superficie respiratoria; los vasos son también afectados por este proceso proliferativo: sus paredes se alteran, se engrosan y se infiltran, disminuyendo su calibre, llegando en ocasiones a la obturación total con el consiguiente tras-

torno nutritivo del territorio que irrigan; progresando el proceso de conjuntivitis peribronquial, determina al retraerse estiramiento de los bronquios que provoca dilataciones bronquiales más o menos grandes, a veces verdaderas cavernas bronquioectásicas y en ocasiones dislocaciones de la tráquea y de los bronquios; a veces se forman gomas bronquiales que tienden a ulcerarse y cicatrizarse determinando estenosis del tubo aéreo más o menos pronunciadas y siempre muy significativas, toda vez que frente a un enfermo de estenosis traqueal o bronquial hemos de pensar en la sífilis. La sífilis pulmonar, pues, evoluciona a veces como un proceso de esclerosis generalizado y sistematizado que afecta a los vasos, a los bronquios y a los tabiques alveolares, determinando la neumonía fibrosa con bronquiectasia tan frecuente en los procesos lúéticos pulmonares y en ocasiones acompañada de pleuritis seca o con derrame si el proceso inflamatorio alcanzó la corteza pulmonar.

La sintomatología clínica de estos enfermos corresponde a sus lesiones anatomopatológicas; y como éstas son análogas a las de la tuberculosis pulmonar resulta que, clínicamente, no hay ningún síntoma que permita distinguir la sífilis de la tuberculosis pulmonar; solamente la localización preferente de la lesión en el lóbulo medio e inferior derecho (sin que esto excluya que a veces pueda presentarse en los vértices), la unilateralidad de las lesiones, el buen estado general de fuerzas del enfermo en discordancia con su lesión pulmonar, la ausencia del bacilo de Koch en los esputos, la serología positiva que suele darse entre 67 y 83 por 100 de estos enfermos, el resultado nulo de la reacción a la tuberculina y la existencia de otras manifestaciones sifilíticas, que se dan en el 80 por 100 de los casos, nos orientan en el diagnóstico de estos enfermos. Entre las manifestaciones sifilíticas que coinciden con la sífilis pulmonar, las más frecuentes son la sífilis del sistema nervioso central, la del hígado, la de los huesos y articulaciones y, sobre todo, la de la aorta con sus mesoaortitis o aneurismas aórticos, hallazgo precioso que siempre debemos investigar, pues su presencia nos da elementos de juicio para orientarnos en el diagnóstico y tratamiento.

* *

Quizá sea el capítulo más importante el referente a la terapéutica a seguir en el enfermo sifilítico con asociación tuberculosa, bien porque siendo sifilítico se haya hecho tuberculoso o porque su infección lúética sea posterior a su sífilis.

No se puede hablar en conjunto del tratamiento de los enfermos con asociación de sífilis tuberculosis o tuberculosis sífilis sin caer en crasos errores graves. Si al hablar del tratamiento de la sífilis no podemos generalizar y es necesario al tratar un enfermo con perfecta tolerancia medicamentosa saber periodo de la enfermedad en que se encuentra, localización más importante de ella, fisiologismo de sus órganos y aparatos y hasta sus condiciones sociales de vida, etc., al tratar de la terapéutica de la sífilis más tuberculosis o tuberculosis más sífilis, hay que particularizar aún más y nunca mejor que ahora se puede decir que cada enfermo es diferente a los demás.

En cambio, del cuadro morbozo que la sífilis imprime a los tuberculosos o la tuberculosis a los sifilíticos, la influencia recíproca que una enfermedad ejerce en la otra, así como el curso ulterior del enfermo, dependen, en primer término, de la sucesión de la infección y del periodo en que se encuentre la primera enfermedad al sobreañadirse

dirsele la segunda infección y, en segundo término, al tratamiento a que sea sometido el enfermo.

El tratamiento variará si a una sífilis antigua se añade una tuberculosis reciente, como si a una tuberculosis antigua se añade una sífilis reciente.

Un hecho que hemos de hacer constar es que la asociación de la sífilis a la tuberculosis no impide las intervenciones quirúrgicas como la frenicectomía, neumotórax, toracoplastias, etc., siendo sus resultados curativos análogos en los sifilíticos como en los no sifilíticos.

Pasaremos revista muy a la ligera a los diferentes medicamentos antisifilíticos empleados, anotando sus indicaciones más importantes.

La medicación más útil, más eficaz, de las que más se beneficia el sifilítico tuberculoso, es la arsenical trivalente, tipo neo, que será la preferida para el sifilítico activo, reciente, con manifestaciones clínicas o serológicas; de los diferentes compuestos que hay, unos como el neosalvarsán, el novarsenobenzol, la neoarfenamina, neotreparsenán, neo I. C. I. de Castelli en polvo, neoiacol en polvo, se emplean por vía endovenosa, haciendo la solución en suero fisiológico o en agua bidestilada, o mejor aún en solución de cloruro de calcio al 5 ó 10 por 100 o en afenil, con lo que se busca la acción beneficiosa de la medicación cálcica, favorita del tuberculoso, que obraría recalificando al enfermo y moderando las reacciones consecutivas que pueden producir los salvarsanes.

Hay otros arsenicales trivalentes, más suaves, más inofensivos, menos eficaces, que pueden emplearse indistintamente por vía endovenosa o intramuscular, como son el sulfarsenol, el sulfotreparsenán y el sulfomesarca, muy indicados en los individuos débiles y depauperados o con mal estado general y en los que se teme una reacción brusca por el neo, y, por último, hay otros de aplicación exclusiva intramuscular como el myosalvarsán, el neo I. C. I. en solución y el neoiacol en solución, muy indicados en los enfermos con lesiones destructivas pulmonares avanzadas o con lesiones degenerativas de vasos importantes, constituyendo estos dos grupos de enfermos las dos indicaciones más importantes de la salvarsenoterapia intramuscular.

La medicación arsenical trivalente es la terapéutica de elección en los enfermos con asociación de sífilis y tuberculosis. ¿Pero en estos enfermos se puede administrar en igual forma y a las mismas dosis que en un enfermo corriente? ¿Se puede prescindir del factor finia para imponer una terapéutica antisifilítica? ¿Se puede hablar de tratamientos valientes, enérgicos, de asalto o con dosis maximales? En mi opinión, no en contra de lo sostenido por algunos autores, nosotros creemos que hay que ser prudentes aun cuando no cobardes, que hay que andar con pies de plomo, estudiando a fondo el caso clínico, observando tolerancia medicamentosa y comprobando efectos reaccionales.

Siempre hemos de tener en cuenta los efectos inmediatos a las inyecciones endovenosas de neo, por un lado las perturbaciones del mecanismo circulatorio (de las que más nos interesan ahora son la dilatación del ventrículo derecho y aumento de tensión en la circulación menor y la vasodilatación periférica con disminución de tensión en la circulación mayor), y por otro lado los cambios que producen en la composición de la sangre, no en lo referente al metabolismo sanguíneo de los hidratos de carbono, de la urea y del colesterol, sobre los que parece ejercen influencia muy escasa o nula, sino en su composición morfológica. Sirota ha comprobado haciendo exámenes de sangre a

los diez, veinte y treinta minutos de puesta una inyección endovenosa de 0,45 gramos de neo que se aprecia disminución en la cantidad de hemoglobina, la presencia de elementos jóvenes de leucocitos, disminución gradual de monocitos y aumento de la cifra de eosinófilos, lo que prueba que produce un cierto trastorno patológico en los órganos hematopoyéticos.

A más, hemos de saber que la eficacia terapéutica de los salvarsanes no es siempre función de dosis. Las experiencias de Schiemann, Neufeld y Boecker, demostrando la permanencia durante bastante tiempo de treponemas vivos en soluciones concentradas de salvarsanes, enseñan que su intenso poder espirilicida no se ejerce de un modo directo, sino por intermedio de nuestro organismo, merced a las modificaciones que el salvarsán imprime en él, lo que nos explica los casos de quimiorresistencia arsenical, no como antes se admitía, por la existencia de razas de treponemas arsenorresistentes, sino por una incapacidad reactiva del organismo del enfermo que le impide utilizar adecuadamente el medicamento y que se produzca lo que llamamos «ictus inmunizador», aunque no sepamos en qué consiste.

Von Niessen opina que los tratamientos heroicos destruyen las fuerzas inmunizantes del organismo y que, por lo tanto, serían contraproducentes en ciertas ocasiones.

Por eso en el tratamiento de estos enfermos ocasiones habrá, cuando no se obtengan todos los rendimientos que debía dar la medicación arsenical a que están sometidos, que haya, no que aumentar dosis, sino asociarlas a otras medicaciones específicas o inespecíficas, para sumar poderes esperilicidas o poner al organismo en condiciones de utilizar mejor la medicación salvarsánica.

Medicación bismútica.—En eficacia terapéutica siguen los compuestos bismúticos; sólo recordaremos aquí los compuestos bismúticos fuertes según su riqueza en bismuto metal, como el neotropol y los hidróxidos, contraindicados en estos enfermos porque tienen tendencia a provocar hemorragias (Marañón, Covisa, Fernández Criado, Garriga, etc.), a más de que son susceptibles de determinar síndromes de gripe bismútica de forma torácica, con lo que empeoraría la lesión pulmonar, fuera de origen sífilítico puro o con asociación tuberculosa.

De los de mediana riqueza en bismuto metal, como los yodoquinatos o yobismutatos, tampoco nos interesan en estos enfermos y debemos desechar en absoluto su empleo, porque todos los compuestos de yodo y de yoduros están formalmente contraindicados, porque pueden producir y con frecuencia producen, coriza, catarro yódico, que aumentarían los efectos congestivos de la tráquea y de los bronquios y, por consiguiente, empeorarían la situación del enfermo, llegando en ocasiones a hacerla alarmante cuando produjesen reacciones del tipo edematoso.

Entre los bismúticos débiles el salicilato de bismuto y el bismutoidol son los que mejor pueden utilizarse, teniendo sus indicaciones en los sífilíticos antiguos sin manifestaciones clínicas y como medicación de depósito.

Para los sífilíticos recientes y con manifestaciones clínicas y serológicas debemos emplear, asociándolos a los salvarsanes, los liposolubles, o sean bismúticos insolubles solubilizados en aceite, de los cuales tenemos el lipobismuto Pons, el trepobismuto Andreu y el lipobismusol de Bascuñana, a más de su mayor poder espirilicida, comprobado clínicamente de su perfecta tolerancia, de su

más rápida absorción y de su más fácil manejo; tienen la ventaja de que en el momento en que por cualquier circunstancia quiera suspenderse la medicación ésta cesa desde que deja de inyectarse, pues no queda en los tejidos un depósito remanente como ocurre con los insolubles.

Arsenicales pentavalentes.—Son los derivados de los ácidos arsénicos; entre ellos tenemos el stovarsol, o el treparsol, spirocid y stovarsolan por vía bucal, y el stovarsol sódico y el acetilarsan por vía endovenosa y subcutánea, respectivamente; son mucho menos activos que los arsenicales trivalentes y que los bismúticos, pero constituyen una excelente medicación para los sífilíticos tuberculosos, sobre todo en los primeros tiempos del tratamiento, y cuando su estado general sea muy mediano o se teman molestas reacciones por el neo.

Tienen un marcado poder eutrófico que hace que los enfermos engorden, se les abra el apetito y mejoren; así que sus indicaciones se basan en aquellos enfermos en que no nos atrevemos a poner todavía neo, pero nunca como substitutivo de él, sino como avanzada al tratamiento salvarsánico.

Mercuriales.—La medicación mercurial única utilizada antes del año 10 ha pasado a un cuarto lugar, en el orden de actividad treponemocida, de las medicaciones antisifilíticas; si valoramos en 10 el poder antisifilítico de los arsenicales trivalentes, sería de 8 el de los bismúticos, de 6 el de los arsenicales pentavalentes y de 4 el de los mercuriales.

Los compuestos insolubles (aceite gris, calomelanos, etcétera) sólo merecen un recuerdo, no utilizándose en la actualidad más que los solubles, y de entre ellos en estos enfermos casi exclusivamente el benzoato de mercurio; bien solo raramente o asociado a la medicación salvarsánica, el benzoato de mercurio es un medicamento muy útil, aunque poco activo.

De hace poco tiempo ha habido una reacción en favor de la utilización del mercurio por vía percutánea mediante fricciones de pomada mercurial. Schroder desde el año 1924 viene preconizando su empleo en estos enfermos, continuado por una ligera terapéutica por cuerpos irritantes que, actuando sobre la piel, aumentase las fuerzas defensivas del organismo contra el bacilo tuberculoso; como se ve, aquí, más que el poder treponemocida del mercurio, se busca el estímulo sobre la piel para provocar la exofilaxia de Hoffmann, que no sería más que una función de protección y defensa de la piel sobre el organismo de carácter inmunizador y estimulante general.

Yoduro potásico.—Queda, por último, por hablar de otro medicamento muy empleado en otro tiempo en el tratamiento de los sífilíticos, cuando sólo se disponía de los mercuriales; me refiero al yoduro potásico, el «pan de los escleróticos», como le llamaba Buchard, y de efectos indudables y manifestados en algunas de las lesiones que la sífilis es capaz de provocar, aun cuando no sea un medicamento específico, es decir, no sea espirilicida, aunque modernas investigaciones llevadas a cabo por Neisser, Pizzocero, Kyrle, Klamperer y otros, parecen demostrar que es capaz de negativizar el Wassermann.

Si pasamos revista a diferentes autores respecto al uso del yoduro potásico y sus sucedáneos en el tratamiento de la sífilis pulmonar pura o asociada a la tuberculosis, encontraremos las mayores divergencias, pues mientras algunos lo aconsejan a altas dosis durante mucho tiempo, otros lo proscriben en absoluto y otros se

valen de él para ventilar el diagnóstico en caso de duda entre sífilis y tuberculosis pulmonar, pues administrándolo a grandes dosis, si el enfermo mejora, es sífilítico, empeorando en caso de ser tuberculoso; como se comprende, esto es inadmisibile en el momento actual.

Concretando, diremos el juicio que tenemos formado del asunto: nosotros consideramos en general contraindicado el uso del yoduro potásico y sus sucedáneos en el tratamiento de la sífilis pulmonar pura, y mucho más aún en su asociación con la tuberculosis pulmonar; en las tuberculosis pulmonares congestivas con lesiones destructivas, con tendencia a la hemorragia, constituye una medicación sumamente peligrosa, pues se corre el riesgo con su empleo de activar los focos tuberculosos y aun de provocar hemoptisis; lo mismo ocurre en los enfermos con localizaciones faríngeas o laringeas, sean éstas sífilíticas o no, pues las fluxiones mucosas y congestiones que determina el yodismo en estos enfermos empeoran y agravan el estado local, pudiendo determinar lesiones como el edema de la glotis, que no son ni tan fugaces ni tan benignas que esté justificado el dictado de «fuego de paja» que Fournier dió a estos trastornos.

Solamente en algunas tuberculosis latentes, fibrosas, secas, con enfisema y asociación de sífilis pulmonar activa o de lesiones vasculares importantes, podrá emplearse el yoduro potásico cuando las lesiones sífilíticas, esclerosas, gomosas y esclerogomosas o las lesiones de los vasos lo aconsejen; y cuando las otras medicaciones, arsenical, bismútica, mercurial, no hayan dado todo el rendimiento que era de desear y siempre asociando el empleo de los yoduros a las demás medicaciones antisifilíticas, nunca solo, y a condición de ser muy prudentes, empezando por pequeñas dosis y fraccionadas para tantear la susceptibilidad del enfermo, sin pasar jamás de 1 $\frac{1}{2}$ a 2 gramos de yoduro potásico por día, suspendiendo la medicación al presentarse el menor síntoma de intolerancia.

En estos contados casos en que sea aconsejable un tratamiento por yoduro potásico se prevendrá la aparición del yodismo, vigilando el régimen alimenticio del enfermo, comprobando la pureza del medicamento, empezando por dosis pequeñas y fraccionadas, haciendo que el enfermo tome de 8 a 10 gramos de bicarbonato sódico por día, asociando al yoduro la tintura de belladona a razón de X a XV gotas al día y mejor aún con el empleo de la adrenalina por vía oral (3 miligramos por mañana y tarde, 6 al día), o por vía subcutánea (1 o 2 miligramos en las veinticuatro horas), con lo que Milian ha conseguido suprimir los efectos vasodilatadores del yodismo.

Como se ve, a nuestro juicio, el yoduro potásico, sólo excepcionalmente y con el máximo de reservas, está indicado en el tratamiento de algunos enfermos de asociación de sífilis y tuberculosis pulmonar.

Para terminar, diremos que en estos enfermos con asociación de sífilis y tuberculosis habrá ocasiones en que se prescindirá de toda medicación antiluélica para hacer sólo terapéutica antifímica; que en otros se impondrá el tratamiento antisifilítico, que estará subordinado a la lesión o lesiones tuberculosas, y que será tanto más suave y prudente cuanto más lesiones tuberculosas activas tenga el enfermo, y tanto más enérgico cuanto más antiguas, curadas o apagadas sean éstas y más tiempo haga que entraron en latencia clínica, pero siempre sin olvidar el factor fímia, que nos reglará la medicación antisifilítica más aún que el elemento sífilis.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

SYPHILIS HEREDITAIRE DU SYSTEME NERVEUSE, por L. Baboneix. Un tomo de 432 páginas con 54 grabados, 60 francos. Massot et Cie., editeurs, París, 1930.

Baboneix antes de este libro era ya considerado internacionalmente como una autoridad en el campo de la Neurología infantil. La obra que acabamos de leer, en la que se recopilan multitud de trabajos antes esparcidos, ahora unidos bajo la inspiración de una amplísima y trascendental tesis—«Sífilis hereditaria del sistema nervioso»—, viene a confirmar y vulgarizar el concepto que pediatras y sífilígrafos habíamos formado de este ilustre clínico e investigador francés.

La trascendencia médica y social de la sífilis congénita (no hereditaria) ha sido reconocida en todos los tiempos; pero actualmente la supervaloración del elemento humano ha acrecido aún más la importancia de éste y de algunos otros problemas morbosos que desde el umbral de la vida diezman la cifra de posibilidades cuantitativas y cualitativas del mencionado valioso elemento. Problema fundamental de Eugénica que ha entrafado el desarrollo exuberante de los estudios de Medicina y profilaxis de las enfermedades congénitas.

El libro de Baboneix desarrolla con bastante amplitud un tema monográfico relacionado con la infección sífilítica congénita, y acaso uno de los más extensos e importantes de este ya de por sí interesante y extenso capítulo de Patología, en el que confluyen tres vigorosas especialidades: Neurología, Pediatría y Sífilografía.

Esta obra, desarrollada con un criterio expositivo muy moderno y claro, encierra novedades de concepto clínico que le dan una gran personalidad propia e inconfundible.

Primer capítulo, primer acierto: *L'héredo-syphilis nerveuse existe-t-elle?* Acopio minucioso de los argumentos que pueden justificar el diagnóstico de sífilis congénita y las relaciones que esta afección puede tener con la citada infección. Argumentos etiológicos, clínicos, biológicos, anatómicos, terapéuticos y nosológicos, que llevan no sólo a afirmar la existencia de la sífilis nerviosa congénita, sino a admitir su frecuencia, mucho mayor de lo que generalmente se cree.

Capítulo segundo: «Estudio analítico de nuestros casos personales». Recopilación de su experiencia dispersa en multitud de publicaciones, ilustrada con multitud de opiniones extrañas. Hemiplejía infantil con valiosas opiniones en pro y no menos importantes en contra de su origen sífilítico, y que, según el estudio de Baboneix, obedece a este origen en un 50 por 100 de los casos.

Epilepsia, tema confuso en cuanto a sus relaciones etiológicas, y por ende, en lo referente a sus resultados terapéuticos. Todos los clínicos esperan un resquicio de luz que pueda guiar sus pasos inseguros. Baboneix en 120 observaciones ha podido claramente relacionar la epilepsia con una infección sífilítica congénita en 19, proporción de un 16 por 100 que ofrece siquiera sea una pequeñísima claridad en el sombrío pronóstico de esta afección.

De este modo multitud de enfermedades, poco o nada relacionadas hasta ahora con una infección sífilítica congénita, adquieren en este trabajo de investigación un nuevo y práctico relieve que abre sendas nuevas en el camino de su curación, hasta ahora difícil o imposible.

Ante todo debe hacerse resaltar la ecuanimidad con que en ella se enjuician temas de discusión clínica, donde el

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

apasionamiento resulta fácil por resabios de escuela o de formación profesional. Toda la obra se desarrolla dentro de la atmósfera severa de la discusión doctrinal y clínica, donde los casos y las investigaciones ocupan el lugar que en tantas otras obras es suplantado por la elucubración ingeniosa o la hipótesis más o menos razonada. Es una obra fría, serena, imparcial. No nos cansamos ni creemos ocioso repetirlo una vez más, acostumbrados como estamos a leer obras de tesis prejuzgada y amañados medios conducentes al fin previamente resuelto.

Podrá posiblemente haber en esta obra conclusiones que estén más o menos acordes con el juicio personal del lector. Nuestra breve experiencia también se ha sorprendido en algún momento. Pero lo que la imparcialidad de juicio obliga a decir es que en todo momento son aquellas deducción lógica y serena de los datos clínicos analizados, nunca opinión hipotética o apasionada del autor.

Podemos, pues, afirmar el juicio favorable en extremo que merece esta obra, que viene a enriquecer la bibliografía francesa y a honrarla con su serenidad desapasionada, marcando una tendencia de positivismo científico donde tanto abunda la obra de hipótesis y de elucubración.

Si el espacio y el tiempo nos permitiera hubiéramos gustado de analizar al detalle, capítulo por capítulo y enfermedad por enfermedad, toda la obra de Baboneix. Hemos de conformarnos, sin embargo, con dejar como juicio de esta obra importante los deshilvanados conceptos precedentes. Basten ellos, pues, para dar al lector una idea de lo que es esta obra y de lo que viene a representar en el momento actual.

En cuanto a la presentación material del libro, baste decir que corresponde al decoro bibliográfico de la casa editorial que nos la ofrece.

DR. JAVIER M. TOMÉ BONA

EINFÜHRUNG IN DIE MEDIZIN (Introducción a la Medicina), por el Dr. Henry E. Sigerist, profesor de la Universidad de Leipzig. Un tomo de 405 páginas. Precio, 12,50 marcos. G. Thieme, editor, 1931.

Esta obra está dedicada casi exclusivamente a los jóvenes que se inician en el estudio de la Medicina y tiene su correspondencia en una parte de las enseñanzas que ofrecen nuestros tratados de Patología general. Algo descuidada esta enseñanza sintética en Alemania por el concepto fragmentario y parcial que se tenía del enfermo, allá en el fin del siglo pasado y comienzos del actual, era obra cuya falta debía sentirse en aquellas Facultades de Medicina. Hoy que se vuelve allí a la concepción unitaria de «la persona», y que la teoría constitucionalista domina por completo, era preciso dar un guía al alumno para que al iniciar el estudio de la clínica supiera que iba a enfrentarse con enfermos con molestias o localizaciones en tal o cual aparato preferentemente, pero en realidad en todo su ser, y no con enfermedades infecciosas, digestivas o respiratorias. La obra está dividida en siete capítulos, en los que el autor se ocupa, respectivamente, del hombre, del enfermo, de los síntomas de la enfermedad, de la enfermedad, de las causas de ésta, de la misión del médico (diagnosticar, curar y prevenir), y del médico.

El libro está escrito con claridad, es ameno; como se dice vulgarmente, se lee de un tirón, y puede ser útil no sólo a los que se inician en los estudios médicos, sino a profanos que quieran tener una cultura exacta y somera de estas cosas.

La presentación es impecable, como acostumbra a serlo en las obras editada por esta casa.

F. G. D.

L'HYPCHLOREMIE, par Maurice Rudolf. Un volumen en 8.^o de 220 páginas, con gráficas en el texto, 35 francos. Gaston Doin et Cie., ed. París, 1931.

El Dr. Maurice Rudolf, discípulo y colaborador del eminente profesor Rathery, ha publicado un interesante libro, producto de más de tres años de estudios y experiencias, en el que reúne todo un completísimo trabajo sobre el apasionante tema de la retención clorada. Es este volumen elemento imprescindible para todo aquel que desde cualquier punto de vista se interese por este problema de mayores aplicaciones prácticas cada día.

Hay que reconocer que la noción de la retención clorada es actualmente fundamental en Patología. Desde hace unos años se han multiplicado los trabajos sobre esta cuestión, los cuales hasta el momento se encontraban dispersos por las bibliografías de los distintos países. El Dr. Rudolf hace algo más que una recopilación sobre estas materias, como decíamos más arriba. De un modo particular, polarizada durante largos años su atención en este sentido, muestra en la obra que nos ocupa toda su competencia y su profundo juicio crítico.

No nos parece oportuno en este lugar una exposición, siquiera sea sucinta, de los fundamentos teóricos de este trabajo, ni menos aún un análisis crítico, para el que, por otra parte, no nos creemos lo suficientemente capacitados.

Baste, pues, señalar a los lectores de España la aparición de este libro singular, llamado a ser obra de útil consulta para cuantos deseen investigar en este sentido.

DR. MOET.

COMPENDIO DE BIOQUÍMICA, por el profesor P. Rondoni. Con aplicación a la Patología y al diagnóstico. Traducción del Dr. Antonio Armengol. Segunda edición. Editorial Labor, S. A.

Con poco más de un año de diferencia con relación a la primera edición ha aparecido la segunda. Este corto espacio de tiempo es lo que mejor puede dar idea de la buena acogida que dispensó el público a esta obra del ilustre profesor de Milán. Y a nuestro juicio muy justamente. Se amolda, como se ha visto ya, tan exactamente al ambiente científico medio de nuestra clase médica, que parece como si hubiera sido hecha con la mirada fija en el público español (ello nos demuestra de paso el paralelismo, a este respecto, de italianos y españoles).

Las excelencias de esta obra, que no nos cohibimos para proclamarlas a los cuatro vientos, son de todos conocidas, y por ello no hemos de descubrirlas.

La manera sencilla de estar escrita, exenta en absoluto de todo empaque doctoral, contribuye enormemente a hacer agradable su lectura. Además de la importancia en sí de los problemas de que se ocupa, la manera de agruparlos y de tratarlos, es decir, la *hechura* del libro, ha sido un gran acierto que demuestra, entre otros méritos, las magníficas condiciones docentes de su autor.

Junto a la Anatomía de Testut y a la Histología y Anatomía Patológica de Cajal, la Bioquímica de Rondoni ha venido a ocupar otro puesto de libro obligado en toda biblioteca médica.

La traducción del Dr. Armengol, muy bien hecha.

ALEJANDRO MORANA.

Jarabe de

Probado clinicamente en

REMINERALIZACIÓN
VITALIDAD
ENERGÍA



FELLOWS

todas partes del mundo

DESMINERALIZACIÓN
CONVALECENCIA
NEURASTENIA

SODIO

CALCIO

POTASIO

MANGANESO Y HIERRO

ESTRICNINA Y QUININA

FELLOWS MEDICAL MANUFACTURING COMPANY, Inc.
26 Christopher Street, Nueva York, N. Y.

**Antiateromatoso.
Hipotensor.
Descolorurante.
Diuretico.
Modificador
de la endoarteria
Modificador
mineralo-tejidualar.**

MxA
13-14

MnA
7-8

GOTAS: en dosis de 10 a 25.
COMPRIMIDOS: de 3 a 5 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Agente: PLANS-SINTAS Hnos. 130. Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET. 18. rue Ernest Rousselle. Paris.

Silicyl

Medicación
de **BASE** y de **RÉGIMEN**
Estados Arterioesclerosos
y **Carencias Silíceas**

PYRÉTHANE

GOTAS

25 a 50 por dosis - 300 por día (agua bicarbonatada)
AMPOLLAS A: 2 cc. Antitérmicas.
AMPOLLAS B: 5 cc. Antineurálgicas.
1 a 2 al día
con o sin medicación intercalar por las gotas.

Poderoso Antineurálgico

Ayuntamiento de Madrid

EN
INYECCIONES
SUB-CUTÁNEAS
VERDADERAMENTE
INDOLORAS

EL ACETYLARSAN

REÚNE LAS CONDICIONES
REQUISITAS POR LAS
DIFERENTES MODALIDADES
DEL TRATAMIENTO
DE LA SÍFILIS

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

SOCIÉTÉ PARISIENNE d'EXPANSION CHIMIQUE
—Specia—
MARQUES POULENC Frères à "USINES du RHONE"
86, rue Vieille du Temple, PARIS, 3^e

DREVILLE

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

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *espasmodica*

Tos Ferina

Tos *de los* **Tuberculosos**

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

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. Darier y A. Tzanck. EL TRATAMIENTO ACTUAL DEL ECZEMA.—La concepción fundamental sobre que reposa la terapéutica actual del eczema consiste en que éste no puede ser ya considerado como una lesión tóxica (toxidermia o antointoxicación), sino que se trata de una reacción de intolerancia de la piel.

Una reacción implica: 1.º, un agente de desencadenamiento de la reacción; 2.º, un organismo sensible a este agente, pudiéndose suponer que tal organismo se halla provisto de propiedades o de sustancias llamadas «reaginas» que corresponden a dicho agente; 3.º, un mecanismo latente o creado de «sensibilizabilidad», puesto que el sujeto es o se ha hecho sensible, pero no todos lo son ni aun él mismo lo era anteriormente.

La terapéutica, en consecuencia, puede proponerse obrar:

- a) Sobre la reacción misma: tratamiento local.
- b) Sobre el agente de la reacción, suprimiéndola: tratamiento causal (abstención).
- c) Sobre las reaginas, inactivándolas: medicación anti-shock.
- d) Sobre el mecanismo de la reacción: desensibilización.
- e) Sobre la sensibilizabilidad.

Esta división es puramente esquemática, pues todos los apartados de la misma, a excepción del segundo (b), designan en el fondo formas de desensibilización.

Se ha dicho que el tratamiento local es irracional, puesto que la enfermedad puede curar sin él; pero hay que reconocer que hoy por hoy le sería muy difícil al médico prescindir de las curas locales, que aplicadas correctamente pueden curar algunos eczemas y aliviar otros; no se trata, pues, solamente de un «reflejo sentimental».

La abstención de lo que perjudica es lo que constituye el tratamiento causal; pero hace falta saber bien cuál es la causa y si es una sola o varias reunidas. Además, convendrá saber si la abstención es posible en casos, por ejemplo, de dermatitis profesionales, o provocadas por medicamentos de uso necesario o por alimentos corrientes. La abstención supone en cierto modo una capitulación por parte del médico, cuya misión debe ser cabalmente la contraria, es decir, obrar de manera que el enfermo pueda llegar a tolerar lo que no soporta, o sea desensibilizar.

Para realizar la desensibilización hay tres caminos: el que se opone a la reacción (antishock), el que se dirige al estado de sensibilidad (desensibilización propiamente dicha) y el que se refiere a la sensibilizabilidad (medicación preventiva).

La medicación general preventiva comprende el tratamiento y la profilaxis de las infecciones y de las intoxicaciones y algunas medidas de higiene general.

Como resumen puede decirse que en presencia de un caso de eczema lo que hay que hacer es lo siguiente:

1.º Aliviar al enfermo de momento y atender a su porvenir. Para esto se protegerán las lesiones y se las limpiará con lociones no irritantes y antisépticas, pero elegidas con circunspección: cubrirlas, según su estado, con cura húmeda, con un polvo inerte o con una pasta, crema o pomada adicionada de antisépticos o reductores.

2.º Reconocer el origen del eczema investigando sus causas locales externas (químicas, físicas o traumáticas, parasitarias o microbianas), para lo que bastará muchas veces fijarse bien en la forma, el aspecto, la localización de

la erupción y las condiciones de su aparición y evolución.

3.º Determinar en los casos de duda por el examen directo o por cultivos cuáles son el parásito o microbio causantes y aplicar un tratamiento según su naturaleza.

4.º Traer a la memoria y buscar con atención, para tratarlas o hacerlas tratar según su naturaleza y su asiento, las localizaciones parasitarias lejanas o los focos infecciosos a distancia (focal sepsis), más o menos ocultos a veces: alveo odentarios, amigdalinos, sinusales, óticos, apendiculares, colecísticos o genitourinarios en ambos sexos.

5.º Si la causa ocasional no es parasitaria o infecciosa, sino, por ejemplo, profesional, alimenticia, etc., suprimirla por la abstención, al menos provisional, si ello es posible.

6.º Buscar en el enfermo las faltas de higiene y los trastornos vagosimpáticos o endocrinianos y combatirlos por los medios higiénicos o medicamentosos capaces de restablecer el equilibrio perturbado.

7.º Aprender cuáles son las taras orgánicas o funcionales, de origen hereditario y adquirido, que pueden intervenir para favorecer o crear el estado de intolerancia, sobre el cual se podrá actuar a veces por medio de la medicación de una infección crónica, tal como la sífilis o la heredosífilis, etc.

8.º Tratar de desensibilizar al enfermo: a) ora por los procedimientos de desensibilización específica encaminados a acostumbrar al enfermo al agente no tolerado, teniendo en cuenta las diversas vías por las cuales se puede mostrar nocivo y aquellas otras por las cuales se puede llegar a hacerle tolerar; b) ora por una desensibilización no específica que puede también utilizar diversas vías. (*La Presse Medicale*, núm. 5, 17 de Enero de 1931).—T. R. Y.

E. Ramel. ACNÉ VULGAR Y TUBERCULOSIS.—En este trabajo se ocupa el autor de un modo exclusivo del acné vulgar sobrevenido en los adolescentes después de un estado seborreico y caracterizado por los comedones y las lesiones inflamatorias.

La etiología del acné ha sido achacada por Sabourand a un microbaco, y por Kretz y Brown al bacilo del acné y al estafilococo. En contra de esta etiología hablan los hechos experimentales, en virtud de los cuales no se ha podido llegar a reproducir los comedones con los citados gérmenes. Además, hace notar el autor que Goldsmidt ha encontrado tantos estafilocos blancos en los individuos normales como en los acnéicos. Por otra parte, muchos nódulos del acné tienen un origen hipodérmico, siendo necesario admitir como endógena la causa de estas lesiones. Las pústulas de acné aparecen estériles en gran número de ocasiones.

En una serie de casos ha podido anotar Ramel la concurrencia del acné con lesiones de tuberculosis cutánea, o al menos muy semejantes a ellas morfológicamente. Los exámenes bacteriológicos efectuados en estos casos después de varios pases han logrado aislar ciertos bacilos ácidorre-sistentes.

Desde entonces ha practicado sistemáticamente este autor la inoculación de nódulos acnéicos procedentes de individuos no tuberculosos. En seis casos ha logrado obtener en el animal de experimentación lesiones que en cultivo han dado lugar a típicos bacilos de Koch. En otros cuatro casos después de muchos pases se ha llegado a obtener igualmente un cultivo positivo.

En los cobayas a los que se ha efectuado esta inoculación se observan ganglios hiperplásicos fleolumbares y retromaséticos que tienen un aspecto traslucido al corte. El hígado está hipertrofiado y presenta lesiones de degeneración grasienta y de éstasis muy pronunciadas. Los frott s

practicados con tejidos afectos de degeneración grasienta muestran granulaciones acidófilas y a veces bacilos ácidos-resistentes, si bien su textura no es en parte alguna de aspecto tuberculoide.

Se trataba, por lo tanto, en los citados casos de acné de una forma tuberculosa típica del género de las que han descrito Calmette y Valtis o Paiseau y Ouman-ky, lo que permite considerar que el acné juvenil representa una especie de vacunación natural del organismo contra el bacilo de Koch análoga a la escrofulosis, para la que Marfan ha demostrado un poder preventivo de la tuberculosis pulmonar.

Griesbach, en un estudio referente a más de 18.000 tuberculosos en tratamiento en los sanatorios, ha podido comprobar que en un 35 por 100 de ellos existía el acné.

Por otra parte, el acné vulgar, como las lesiones de tuberculosis propiamente dichas, es muy sensible a las inyecciones de yoduro potásico y a la menstruación, que es una ruptura al equilibrio entre el organismo y el bacilo de Koch.

De este modo el acné es una forma benigna de tuberculosis y vacunante de unas características ignoradas aún.

Ramel insiste sobre el hecho de que los individuos acnéicos están más frecuentes indemnes de tuberculosis clínica, o cuando están afectos de ella presentan una tendencia natural a la curación mucho más marcada que en los tuberculosos que no tienen al propio tiempo un acné. (*Schweizerische Med. Wochen.*, LX, núm. 26). — DR. TOMÉ BONA.

L. Bernard y Poix. LA FRENICECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR.—La frenicectomía, introducida en fisioterapia hace unos veinte años por Stuertz, ha dado numerosos trabajos de conclusiones contradictorias. En el deseo de precisar sus indicaciones y resultados aportamos los obtenidos en 60 observaciones. (Hospital Laennec.)

Sin nada desde el punto de vista quirúrgico, la exéresis del nervio será lo más amplia posible; en 56 casos la longitud de nervio extirpado ha variado entre 5 y 36 centímetros, habiendo obtenido parálisis completa del diafragma, salvo una vez que la mitad externa del hemidiafragma ha conservado sus movimientos; en cuatro casos donde la longitud del nervio extirpado fué igual o inferior a 4 centímetros la parálisis fué pasajera, completa o nula.

La sencillez y benignidad de la frenicectomía nos permite, en nuestro servicio, realizar tratamiento ambulatorio en enfermos no hospitalizados. Ahora bien, esta benignidad disminuye en lo referente a las consecuencias inmediatas. Entre éstas tenemos el dolor concomitante al arrancamiento nervioso, a veces disnea y palpitaciones con dolor precordial. La única consecuencia desagradable, en caso de lesiones bilaterales, es un brote evolutivo sobre el pulmón opuesto al lado de la operación. En nuestra estadística lo hemos observado seis veces, con tres terminaciones mortales, meses después.

Los efectos inmediatos de la frenicectomía son fisiológicos y terapéuticos. Desde el primer punto de vista se observa inmovilización total o parcial y ascensión del diafragma; ascensión de 2 a 10 centímetros y ligada a tres factores: la presión abdominal ejercida sobre el músculo paralizado; la retracción del tejido sano por su propia elasticidad y la esclerosis retráctil de las lesiones. Los dos primeros factores son inmediatos; el tercero se agrega al ya existente por la evolución de las lesiones y aumenta en el transcurso de los meses.

Los efectos terapéuticos inmediatos se manifiestan prin-

cipalmente sobre la expectoración; suele aumentar los primeros días, después disminuye y termina por desaparecer, coetáneamente a la eliminación bacilífera y a la temperatura cuando ésta no llega a 38°. La marcha de estos dos síntomas, especialmente del primero, tiene valor para la apreciación de los resultados de la intervención. Estos no deben fijarse con las mejoras obtenidas en los seis primeros meses; precisa antes de todo dejar pasar este tiempo; siempre debemos hablar de resultados tardíos.

Los 60 casos de nuestra estadística los dividimos en casos tratados exclusivamente por frenicectomía; casos asociados su tratamiento a otros métodos colapsoterápicos.

Las frenicectomías comprenden 45 casos; todos, menos 4, lo fueron por lesiones unilaterales, después de tentativas infructuosas de neumotórax. De ellos, 9 con cavernas aisladas, con ocho resultados favorables; de ellos, cinco curaciones mantenidas hace más de un año; caverna apical o basilar, sin modificación de resultados.

El segundo grupo comprende 21 enfermos, variables en extensión y grado de las lesiones ulcerofibrosas. De ellos, 6 de evolución tórpida y lesiones circunscritas, con resultados rápidamente favorables; curación clínica. En 8, con lesiones más difusas, mejoría funcional. Los 7 restantes, con lesiones muy evolutivas, no han alcanzado beneficio.

En 14 enfermos con formas ulcerocaseosas hemos obtenido mejoría pasajera de tal o cual síntoma, pero sin resultado duradero.

Nuestra estadística nos permite precisar los factores de éxito y los caracteres que fijan las indicaciones de la frenicectomía. Tres son los más importantes:

1.º La tendencia a la esclerosis de las lesiones, generadora de retracción pulmonar; se reconoce por varios índices, cuya asociación es significativa: la sínfisis pleural, que ha hecho imposible el neumotórax; el examen estetoscópico, con ruidos adventicios mínimos y timbre broncofónico de la respiración; radiográficamente, opacidad densa, de contornos precisos, placas de sombra, predominio de tractos lineares sobre imágenes areolares, retracción parietal, cardíaca y mediastínica, con disminución del campo hemitorácico, diafragma festoneado y seno costodiafragmático obliterado. La frenicectomía no crea la esclerosis retráctil, la favorece cuando existe en las lesiones.

2.º La limitación de las lesiones; cuanto más difusas menos posibilidades de éxito para la frenicectomía; sus éxitos se observan, sobre todo, en cavernas aisladas, y tanto más cuanto las cavernas son más superiores.

3.º Por último, el potencial evolutivo de las lesiones. En los casos donde es elevado, con elevada temperatura, reacción general intensa, se espera menos resultado que en los enfermos de evolución tórpida. En los enfermos cuyas lesiones son bilaterales, precisa darse idea del grado evolutivo de las lesiones a atacar por la operación; apreciación muy delicada y regulable por la radiografía en serie.

Casos de frenicectomía asociada a otros procedimientos colapsoterápicos. En 10 casos hemos realizado frenicectomía y neumotórax. Ante esta cuestión, digamos que cuando un neumotórax da resultados no precisa la frenicectomía; es inútil ésta. Ahora bien, cuando en el curso del neumotórax el colapso se dificulta por las adherencias de la base, la frenicectomía completa la eficacia de aquel; cuando lo es por adherencias del vértice o de la pared externa, la frenicectomía no mejora la situación.

La frenicectomía como tiempo previo del neumotórax nos parece tiempo de grandísima utilidad; se refuerza la acción del neumotórax; nos permite tantear la posibilidad y grado de lesiones bilaterales antes de lanzarse a la toraco-



MORRHUËTINE JUNGKEN

EL TÓNICO DE LA INFANCIA Y DE LA PUBERTAD
MEDICACIÓN YODADA POR EXCELENCIA. SE USA TODO EL AÑO SABOR GRATÍSIMO

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

IODONE ROBIN

Medicamento de elección contra

el **ARTRITISMO**, la **ARTERIO-ESCLEROSIS**, el **ASMA**
el **ENFISEMA**, el **REUMATISMO**, la **GOTA**, la **SÍFILIS**

Absorción fácil sin los inconvenientes de los ioduros.

GOTAS - AMPOLLAS - COMPRIMIDOS

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

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

LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES
son base de Fermentos Lácticos seleccionados,
Sales biliares, Agar-Agar, Nafol Maleina.

**Tratamiento Biológico
del ESTREÑIMIENTO
del ENTERITIS
PADECIMIENTOS del HÍGADO
ANTISEPSIA GASTRO-INTESTINAL**

DOSIS: 1 a 3 Comprimidos por la noche al acostarse.
Se vende en estuches de 6 Tubos de 6 comprimidos.

LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS

Farmacéutico de 1^{er} Clase,
Em-interno y Jefe de Laboratorios de los Hospitales de París,
4, Rue de La Motte-Picquet, PARIS (Francia).

SE ENCUENTRA EN TODAS LAS DROGUERÍAS Y FARMACIAS

DEPOSITARIOS en **ESPAÑA**
E. y J. A. RIERA. Nápoles, 166, BARCELONA.

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

plastia. El intervalo óptimo entre estas dos operaciones nos parece de un mes.

La conclusión general es que las indicaciones de la frenicectomía se apoyan en bases precisas: la operación se aconsejará sólo cuando existen suficientes factores favorables; el médico tiene el deber de investigar su existencia—como queda dicho—antes de indicar la frenicectomía, pues la sencillez de la intervención no justifica su realización en cierta manera ciega.—(*Bulletin de l'Académie de Médecine*, París, 22 de Diciembre de 1930, tomo CIV, 94 año, pág. 692).—M. A. C.

M. Labeé y R. Boulín. LAS VARIACIONES DE LA UREA DE LA SANGRE EN EL CURSO DEL COMA DIABÉTICO.—Los trabajos de Chauffard y Rendu señalan la elevación posible de la urea sanguínea en el coma diabético; hecho comprobado por varios autores.

Cuestión que puede oscurecerse por el hecho de la utilización de observaciones donde el diagnóstico de coma diabético no se fijó con todas las garantías necesarias; son los casos clínicos que han llevado a la noción de coma diabético donde la falta de permeabilidad renal, comprobada por nitrogenemia, hacía imposible la libre excreción de cuerpos cetónicos, aun de la misma glucosa, al punto que existirían comas diabéticos sin cetonuria y aun sin glucosuria. Es el valor de un diagnóstico práctico de coma diabético.

En tales trabajos no se aporta prueba cierta de que se tratase de verdadero coma diabético; la reserva alcalina no se había valorado; a veces los cuerpos cetónicos, ausentes en orina, no se habían dosificado en sangre; investigación indispensable en casos semejantes en ausencia de cetonuria; el descenso de la reserva alcalina sólo significa otro factor como la insuficiencia renal.

La elevación de urea en sangre no es fenómeno constante en el curso del coma diabético. Nuestra experiencia nos indica su presencia en 55 por 100.

La retención nitrogenada, por los trabajos publicados, de cualquier manera que se la mire, no es fenómeno constante en el coma diabético. Cuando existe es moderada; cuando aparece lo hace tardíamente, al paso que la reserva alcalina ha vuelto a la normal y los cuerpos cetónicos han desaparecido de la orina. No es infrecuente que la nitrogenemia aparezca precozmente.

La evolución de la nitrogenemia en el coma diabético está ligada a éste. En los casos que curan se ve en general la nitrogenemia, que ha aumentado durante las primeras horas, disminuye desde el segundo día y cae en seguida a la normal.

En los casos que terminarán por muerte, la nitrogenemia persiste elevada; al segundo día puede iniciar un descenso, pero es incompleto y siempre la urea en sangre es más elevada de lo normal; ordinariamente aumenta hasta la muerte, sea progresiva o irregularmente, con alternativas de elevación y descenso.

Las variaciones de la urea en sangre tienen en el coma diabético un indiscutible valor pronóstico: su evolución permite, en cierta manera, suponer la probable terminación; esta noción es preciosa en los casos donde la muerte sobreviene a pesar de la elevación de la reserva alcalina.

Además, la presencia única de nitrogenemia constituye por sí una indicación: El coma con nitrogenemia es más grave que sin ella.

No tiene importancia práctica el grado de la retención ureica; lo que importa para el pronóstico no es el grado, sino la presencia y la persistencia de la nitrogenemia. (*Bulletin et Memoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Pa-*

ris, 16 de Febrero de 1931, tercera serie, año 47, núm. 5, página 223).—M. A. C.

Rojas Avendaño. LA REACCIÓN DE SCHICK Y SU VALOR REAL EN LA PRÁCTICA MÉDICA.—La reacción de Schick y su valor real en la práctica médica son efectivos. Esta reacción es un medio perfectamente seguro e inofensivo para saber en un momento dado las personas receptivas a la difteria.

La reacción de Schick, por su técnica sencilla y por su seguridad, debe aplicarse a todas las colectividades (escuelas, cuarteles, etc.), para proceder a su inmunización. (*Gaz. Med. Mex.*, Septiembre de 1930.)

R. Moreau. PLEURESÍAS PÚTRIDAS DE ESPIROQUETAS. El estudio de la gangrena pulmonar ha sufrido en los últimos diez años un cambio muy profundo. A sus formas agudas se añaden las subagudas y crónicas; la evolución por brotes sucesivos y la frecuencia de la recaída, a veces muy tardía, son de noción corriente. La importancia del proceso de esclerosis pulmonar asociada a esfácelo domina la historia de estas formas subagudas; por último, la presencia en la expectoración y a nivel de la caverna gangrenosa de los espiroquetas les da a éstos papel considerable en la etiología de la enfermedad: espiroquetas y anaerobios asocian sus efectos y realizan el doble proceso de esclerosis y de esfácelo que preside la evolución de las gangrenas pulmonares subagudas con crisis y recaídas, cuya frecuencia se observa desde hace varios años.

Las infecciones pútridas por espiroquetas y por anaerobios pueden afectar no sólo el pulmón sino también la pleura. Estas pleuresías pútridas por espiroquetas parecen tener evolución algo diferente de la clásicamente asignada. Principio más insidioso, asociación ordinaria a un foco de gangrena pulmonar cortical y curación relativamente frecuente después de pleurotomía. Son las características dominantes de los casos clínicos recientemente publicados. (*Paris Medical*, París, 21 Febrero de 1931. Año XXI, número 8, pág. 187).—M. A. C.

S. Ramon. LA ANATOXINA DIFTERICA EN SU APLICACIÓN A LA INMUNIZACIÓN ACTIVA DEL HOMBRE Y A LA PROFILAXIS DE LA DIFTERIA.—La utilización progresiva durante seis años de la vacunación antidiférica por la anatoxina de Ramon ha mostrado el notable valor de este método.

Los millones de inyecciones practicadas en el hombre desde hace seis años han confirmado la inocuidad de la anatoxina, afirmada desde su descubrimiento.

Si con motivo de esta elevada cantidad de inyecciones ha sido observada una mínima cantidad de reacciones, éstas eran debidas, particularmente, a la sensibilización de ciertos individuos a las sustancias específicas o no que puede contener el caldo diftérico. Por consecuencia, no puede achacarse a la anatoxina ningún accidente, y así, en efecto, la literatura no refiere ninguno que pueda ser imputado a la persistencia de la más mínima traza de la anatoxina. Se ha podido, por error, inyectar 10 y hasta 20 c. c. de anatoxina sin que se haya producido el menor trastorno.

La inmunización adquirida a continuación de la vacunación por la anatoxina de Ramon puede comprobarse con precisión por la reacción de Schick. Los resultados obtenidos en Francia y en el extranjero muestran que 95 a 98 por 100 de los individuos que habían recibido las tres inyecciones de anatoxina según la técnica preconizada adquieren en el espacio de siete semanas a dos meses después de la primera inyección una inmunidad suficiente, cuanto menos para hacer negativa la reacción de Schick. Nadie ignora la

dificultad de alcanzar un porcentaje tan elevado de reacciones de Schick negativas con los otros métodos de vacunación.

La dosificación de la antitoxina específica en el suero de los individuos vacunados afirma aún con mayor precisión el valor de la inmunidad producida por la anatoxina.

En 105 individuos estudiados, 41 por 100 tienen una cifra antitóxica del suero superior a una unidad; 49 por 100 una cifra de 1/10 de unidad; 6 por 100 una cifra superior a 1/30 de unidad; 4 por 100 únicamente tiene una cifra inferior a 1/30.

La duración de la inmunidad conferida por la anatoxina parece larga. Después de cuatro años, únicamente un 4 por 100 de los vacunados tienen de nuevo positiva la reacción de Schick y la dosificación de la antitoxina en ellos muestra cifras análogas a las observadas inmediatamente después de la vacunación.

La vacunación antidiftérica por la anatoxina, practicada de modo consecutivo y sistemático, disminuye de modo extraordinario la morbilidad diftérica general. En el Hospital Marítimo de Besck, donde se hace de este modo, ha quedado prácticamente suprimida esta enfermedad.

Para obtener los mejores resultados es preciso utilizar una anatoxina de poder antigénico intrínseco suficientemente elevado (10 unidades anatóxicas, medidas por floculación), practicar tres inyecciones de medio, uno y uno y medio centímetros cúbicos separada una de otra por lo menos por tres semanas.

Los resultados obtenidos ya representan para el porvenir algo más que una promesa. (*La Press. Méd.*, 14 de Enero de 1931).—JAMATOBO.

Nacionales

M. Bastos. SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COXALGIA Y DE LA GONALGIA FÍMICAS.—El tratamiento médico e higiénico de las mismas, perfectamente posible en los niños, no puede llevarse a cabo por razones sociales en la mayoría de los adultos. Pero, sobre todo, en los niños la coxalgia y la gonalgia son curables, y en el adulto no. Cuando se coloca a los enfermos en las mejores condiciones llegan a obtenerse remisiones bastante prolongadas del mal; pueden incluso aparecer como apagadas las lesiones, pero las recaídas, tarde o temprano, se presentan siempre.

Los entusiastas de la helioterapia consideran que con este tratamiento es posible obtener la curación integral de la coxalgia y la gonalgia con conservación de la movilidad. Hemos de hacer notar que los casos de éxito publicados siempre se trataba de niños.

En el adulto, si se obtiene la curación es siempre a costa de la movilidad articular. Es un hecho clínico, fuera de toda duda, que la anquilosis es la única terminación de la coxalgia y de la gonalgia que da todas las garantías de una curación al abrigo de recidivas. Mientras en el curso de una coxalgia o de una gonalgia no se llega a comprobar, clínica y radiológicamente, la fusión ósea de las superficies articulares, el mal no podrá considerarse curado, aunque todas sus manifestaciones clínicas hayan desaparecido.

Ante las dificultades y sombrías perspectivas del tratamiento de la coxitis y gonitis en los adultos, está justificado todo tratamiento que conduzca a la anquilosis por la vía más segura, y en este sentido ninguna más segura que la quirúrgica.

Lo que hasta ahora se había hecho en materia de tratamiento de la tuberculosis articular no era otra cosa que la exéresis o extirpación quirúrgica del foco. Pero esta limpie-

za quirúrgica tenía que ser forzosamente incompleta en algunos casos o equivaler en otros a fuertes mutilaciones, con la posible inoculación masiva del organismo con material tuberculoso; eran evidentes los malos resultados de toda abertura de focos tuberculosos cerrados.

Todo ha cambiado desde que la cirugía ha buscado un camino menos ambicioso que el de la extirpación del foco para curar las lesiones articulares. Hoy se trata de provocar la anquilosis; a este resultado se llega de manera enteramente distinta en la rodilla que en la cadera. En la rodilla se obtiene mediante la resección una completa anulación funcional, puesto que la excisión de las superficies articulares hasta terreno sano deja, frente a frente, en perfecto contacto dos superficies óseas planas que es fácil mantener inmóviles entre sí y entre las que se forma prestamente la anquilosis ósea.

Por el contrario, en la cadera la resección deja una amplia cavidad que no es posible llenar mediante acercamiento de las superficies; no quedan los huesos en condiciones de anquilosarse y la recidiva del proceso es, por tanto, fatal. De aquí que en la cadera haya de buscarse la anquilosis mediante lo que se llama el bloqueo por injerto óseo; firmemente embutido en fémur por un lado y en ilíaco por el otro, y saltando como un puente o atravesando como una espiga las superficies articulares, produce un enchavetado de la juntura y da mecánica y biológicamente origen a la anquilosis.

Las indicaciones de esta operación en la coxalgia son: las coxalgias de los adultos; coxálgicos que desde varios años antes tienen dolores constantes, que no pueden andar sin muletas y que no pueden curar debidamente por razones sociales.

Inútil decir que nunca hemos intervenido en enfermos con manifestaciones múltiples de tuberculosis o con focos pulmonares abiertos.

Hemos empleado sucesivamente dos procedimientos: artrodesis intraarticular o ciega; artrodesis extraarticular o a cielo abierto. Ateniéndonos a nuestra experiencia, consideramos más eficaz la artrodesis intraarticular. (*Revista Española de Tuberculosis*, Madrid, Diciembre de 1930. Tomo I, núm. 5, pág. 609).—M. A. C.

Tomás Peset y Ramón Uriarte. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS REACCIONES DE WASSERMANN, MEINICKE Y KHAN.—De una manera general puede decirse que existe concordancia absoluta entre estas tres reacciones.

Las reacciones de floculación y enturbiamiento, así como las de hemólisis, tardan en presentarse más de trece días desde la aparición del chancro. Su aparición no es simultánea, sino que la última en aparecer es la de Wassermann, presentándose antes y con mayor intensidad las de Meinicke y Khan.

La reacción de Wassermann parece negativizarse antes que las de floculación por el tratamiento específico, principalmente en los casos de sífilis florida.

La reacción de Meinicke sigue una marcha paralela a la de Khan, tanto por lo que respecta a su aparición como a la intensidad.

Dadas las posibles discrepancias antes estudiadas es necesario para conseguir un diagnóstico cierto la práctica de reacciones de hemólisis y de floculación simultáneamente, siendo nuestra modesta opinión la de conceder la supremacía a las de Wassermann, Meinicke y Khan.—(*Cró. Méd.*, Valencia, 15 Enero 1931.)

ION - CALCINA PALLARÉS

Hemostático-reconstituyente
a base de **cloruro de calcio.**

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIUM PALLARES

Tintura de estrofantus, especial-
mente preparada y exactamente
dosificada.



¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

CEREBRINO MANDRI

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



Preparado en la especialidad farmacéutica por el
Fármaco y Químico Farmacéutico Francisco Mandri
en su Laboratorio, Príncipe de 189

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAIS

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

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

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

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

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

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

CONSEJO CIENTO 308 · BARCELONA

En las

Bronquitis crónicas

Gripe

Tuberculosis

Constipados desmenuados.

Tos resbelde Asma

Una cucharada de las de sopa
por la mañana á medio día y por la noche de

JARABE FAMEL

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

Muestras a disposicion de los Sres. Médicos
Agencia General para España
CURIEL Y MORAN Aradón 128 Barcelona

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

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

DISTRITO DE PALMA

Algaida, una plaza, 2.^a categoría. Una zona.
Andraitx, dos íd., 3.^a íd. Dos zonas.
Sarraco, una íd., 4.^a íd. Una zona.
Bañalbufar, una íd., 4.^a íd. Una zona.
Búfola, una íd., 3.^a íd. Dos zonas.
Calviá, dos íd., una de 3.^a y otra de 4.^a íd. Dos zonas.
Deyá, una íd., 4.^a íd.
Esporlas, una íd., 2.^a íd. Una zona.
Estallenchs, una íd., 3.^a íd.
Lluchamayor, dos íd., 2.^a íd. 12.000 habitantes.
Marratxí, dos íd., 3.^a íd. Dos zonas.
Puigpufient, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Palma de Mayorca, dos íd., 1.^a íd.
Santa Eugenia, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Santa María, una íd., 2.^a íd. Una zona.
Sóller, dos íd., 2.^a íd. Dos zonas.
Fornalutx, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Valldemosa, una íd., 3.^a íd. Una zona.

DISTRITO DE INCA

Alaró, una íd., 2.^a íd. Una zona.
Aledia, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Benisalem, una íd., 2.^a íd. Una zona.
Búger, una íd., 4.^a íd. Una zona.
Companet, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Consell, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Costix, una íd., 3.^a íd. Una zona.
Inca, dos íd., 1.^a íd. Dos zonas.
La Puebla, dos íd., 2.^a íd. Dos zonas.

(Continúa en la pág. XXIII.)

ALMORRANAS



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

CESTONA

AGUAS Y BALNEARIO DE CESTONA

(S. A.)
(GUIPÚZCOA) cerca de San Sebastián.

EL CARLSBAD DE ESPAÑA

Médico-director: Excmo. Sr. D. Amalio Gimeno.

Únicas indicadas con éxito maravilloso para las enfermedades del

HIGADO, INTESTINOS, ESTREÑIMIENTO, ARTRITISMOS, NEURASTENIA, etc., etc.

Se exportan en botellas de á litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial de 15 de Junio á 30 de Septiembre.

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao á San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico del «UROLA», de Zumárraga á Zumaya, se une con el Norte en Zumárraga y en Zumaya con el de los Vascongados, pasando por Cestona, con estación en el mismo Balneario, llamada CESTONA - BALNEARIO

Pidanse noticias directamente á Cestona (Guipúzcoa).

EPIGRAMA

El pintor Pedro Tutor
retrató a Juan Cerrato;
mas no gustó a éste el retrato
y lo devolvió al pintor.
Pedro de la acción se ofende,
y cometiendo un abuso,
lo colgó en su puerta y puso
sobre el retrato: *Se vende*.

A. ALCALDE VALLADARES.

SARNA
Cárase con SULFURETO CABALLERO

LA PALABRA SENCILLA (1)

POR

C. WAGNER

¿Porque el peligro de las palabras hermosas está en que tienen una vida propia. Son servidores distinguidos que han conservado sus títulos y no cumplen ya sus funciones, como hay ejemplos en las cortes de los reyes. Habéis hablado bien, habéis escrito perfectamente; bien está, basta.

¿Cuántas gentes hay que se han contentado con hablar y han creído que esto les dispensaba de obrar? Y los que le escuchan se contentan con haber oído hablar. Se ve así que una vida, bien puede no componerse, a la larga, sino de algunos discursos atinados, de algunos libros bonitos, de algunas hermosas composiciones teatrales. En cuanto a practicar lo que tan magistralmente se ha expuesto, eso no se piensa casi. Y si pasamos de la esfera de la gente de talento a las clases inferiores que explotan los medianos, allí, en el revoltijo obscuro, veremos agitarse a todos los que piensan que estamos en el mundo para hablar y oír hablar, la inmensa y desesperante barahunda de los charlatanes, de todo el que voca, charla o perora, y después cree que todavía no se habla bastante. Todos olvidan que los que hacen menos ruido realizan más

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)
Véase anuncio, página V.

labor. Una máquina que gasta todo su vapor en silbar, no lo conserva para hacer andar las ruedas. Cultivad, por tanto, el silencio. Todo lo que quitáis en ruido ganaréis en fuerza.

Estas reflexiones nos llevan a ocuparnos de un tema cercano, muy digno también de llamar la atención; quiero decir de lo que podría llamarse exageración del lenguaje. Cuando se estudian las poblaciones de una misma comarca se observan diferencias de temperamento, cuyas huellas lleva el lenguaje. Aquí la gente es más bien flemática y tranquila; usa los diminutivos, los términos atenuados. Allí, los temperamentos están bien equilibrados; se oye la palabra justa, exactamente adaptada al concep-

to. Pero más lejos, efecto del suelo, del aire, del vino quizá, circula sangre ardiente por las venas. El genio es pronto, y la expresión exagerada; los superlativos esmaltan el lenguaje, y para decir las cosas más sencillas se usan términos más enérgicos.

Si el modo de ser del lenguaje varía según el clima, difiere también según las épocas. Compárese el lenguaje hablado o escrito con el de otros períodos de nuestra historia. Bajo el antiguo régimen se hablaba de modo distinto que en tiempo de la Revolución, y no tenemos hoy el mismo modo de hablar que los hombres de 1830, de 1848 o del segundo Imperio. En general, el lenguaje tiene hoy un aire más sencillo; ya no usamos peluca, no nos ponemos para escribir puños de encaje; pero una señal nos distingue de casi todos nuestros antepasados: nuestro nerviosismo, origen de todas nuestras exageraciones, en sistemas nerviosos excitados un tanto enfermizos—y Dios sabe que el tener nervios no es ya privilegio aristocrático—. Las palabras no producen la misma impresión que en el individuo normal. E inversamente, al individuo no le basta el término sencillo cuando trata de expresar lo que siente. En la

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

vida ordinaria, en la vida pública, en la literatura y en el teatro, el lenguaje tranquilo y sobrio ha cedido el paso a un lenguaje exagerado. Los medios que los novelistas de autores de comedias han usado para galvanizar el espíritu público y forzar su atención, se encuentran en estado rudimentario en nuestras conversaciones más corrientes, en el estilo epistolar, principalmente en la controversia. Nuestros modos de hablar son a los del hombre sosegado y tranquilo, lo que es nuestra escritura comparada con la de nuestros padres. Se acusa a las plumas de acero. ¡Si pudiera decirse la verdad!

Los gansos nos salvarían entonces. Pero el mal es más profundo, está entre nosotros mismos.

Tenemos escrituras de agitados y de desequilibrados; la pluma de nuestros abuelos corría sobre el papel más segura, más reposada. Nos hallamos frente a los resultados de esta vida moderna tan complicada y que realiza un consumo tan terrible de energía. Nos deja impacientes, sofocados, en perpetuo estremecimiento. Nuestra escritura, como nuestro lenguaje, se resienten de ello y nos traicionan. Del efecto subamos a la causa y comprendamos la advertencia que se nos hace. ¿Qué bien puede resultar de esta costumbre de exagerar nuestro lenguaje? Intérpretes infieles

Lactofitina: reconstituyente infantil.

de nuestra propia impresión, no podemos más que falsear con nuestras exageraciones el espíritu de nuestros semejantes y el nuestro. Entre gentes que exageran acaba el comprenderse. La irritación de los caracteres, las discu-

siones violentas y estériles, los juicios precipitados faltos de toda medida, los más graves excesos en la educación y las relaciones sociales, son resultado de las intemperancias de palabra.

Y séame permitido en este llamamiento a la palabra sencilla formular un voto, cuya realización tendría las más felices consecuencias. Pido una literatura sencilla, no sólo como uno de los mejores remedios para nuestras almas enervadas, recargadas, fatigadas de excentricidades, sino también como una

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

prenda de unión social. Pido también un arte sencillo. Nuestras artes y nuestra literatura están reservadas para los privilegiados de la fortuna y de la instrucción. Pero, entiéndaseme bien: No invito a los poetas, a los novelistas, a los pintores a descender de las alturas para caminar a una región intermedia y complacerse en la medianía, sino, por el contrario, a subir más arriba. Es popular, no lo que corresponde a una cierta clase de la sociedad que se ha convenido en llamar pueblo, sino lo que es común a todos y nos une. Las fuentes de inspiración, de que podrían hacer un arte sencillo, están en las profundidades del corazón humano, en las eternas realidades de la vida, ante las cuales todos son iguales. Y los orígenes del lenguaje del pueblo han de buscarse en el corto número de formas sencillas y enérgicas que expresan los sentimientos elementales y las líneas dominantes del destino humano. En ellas está la verdad, la fuerza, la grandeza, la inmortalidad. No habría en un ideal semejante con qué inflamar a los jóvenes que sintiendo arder en ellos la llama sagrada de lo bello, conocen la piedad, y prefieren, al adagio desdeñoso: «Odi profanum vulgus», esta frase, por el contrario humana, «Miserere super turbam». Por mi parte no tengo autoridad artística alguna, pero desde la muchedumbre, entre la cual vivo, tengo derecho a lanzar mi voz a los que han recibido talento y decirles: Trabajad por los olvidados; hacedos comprender de los humildes. Así realizaréis una labor de liberación y de pacificación; así abriréis de nuevo las fuentes en que antes bebieron los maestros cuyas obras han desafiado los tiempos porque supieron dar por vestidura al genio, la sencillez.

Kelatox: Sedante atóxico.

LA SOCIEDAD es pródiga con las habilidades que recrean; mezquina con la ciencia que ilustra y moraliza.

MODESTO LAFUENTE.

LA LOTERIA.—Una señora preguntó a un jugador empedernido, pero escarmentado después de muchos reveses: —¿Qué es la lotería?

—Se lo diré a usted en pocas palabras: la lotería es una cosa donde hay una lista grande (la oficial); un listo grande (el Gobierno), y varios tontos chicos y grandes (los jugadores).

(1) Véase el número anterior.

Los veinte aforismos de Brillat-Savarin

- I.—El universo no es nada sino por la vida, y todo lo que vive se nutre.
 II.—Los animales llenan su estómago; el hombre come; el hombre de ingenio es el único que sabe comer.
 III.—El destino de las naciones depende de su alimentación.
 IV.—Dime lo que comes y te diré lo que eres.
 V.—El Creador, al obligar al hombre a que coma, lo convida a ello por medio

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

del apetito y lo recompensa por medio del placer.

VI.—La golosina es un acto de nuestro raciocinio, por el cual damos la preferencia a las cosas gratas al paladar sobre aquellas que carecen de esta calidad.
 VII.—El placer de la mesa es de todas las edades, de todas las condiciones, de todos los países y de todos los días. Puede asociarse a todos los demás placeres, y es el único que nos queda para consolarnos de la pérdida de los demás.
 VIII.—La mesa es el único sitio en que nadie se aburre durante la primera hora.
 IX.—El descubrimiento de un nuevo manjar contribuye más a la felicidad del género humano que el descubrimiento de una estrella.
 X.—Aquellos a quienes se les indigesta la comida, o que se emborrachan, no saben ni comer ni beber.
 XI.—Los comestibles serán presentados en esta forma: primero, los sustanciosos; después, los más ligeros, progresivamente.
 XII.—Las bebidas: primero, las más ligeras, acabando por las más cargadas de alcohol.
 XIII.—Es una herejía el pretender que no se ha de beber más que un vino en una comida de consideración; el paladar se embota y, al cabo del tercer

CATARROS. TOS
 JARABE MADARIAGA.
 benzocinámico.

vaso, ya no tiene sabor particular el mismo vino.

XIV.—Postre sin queso es como una hermosa que fuera tuerta.

XV.—El que asa, nace; el cocinero se hace. (Es decir, que se aprende a guisar, pero que sólo por intuición se asa bien.)

XVI.—La cualidad sobresaliente del cocinero es la puntualidad: también ha de ser la del convidado.

XVII.—Esperar demasiado a un convidado es una falta de respeto para con los demás convidados presentes.

XVIII.—El que convida a amigos y no se cuida con esmero de lo que van a comer, no merece tener amigos.

XIX.—A la dueña de la casa incumbe el asegurarse de la cumplida prepa-

ración del café. Al dueño de la casa toca el ocuparse de los licores.

XX.—Convidar a alguien es tratar de hacerle grato el tiempo que pase en nuestra casa.

ESTADISTICA CURIOSA

«Hay en Nueva York 38.000 fábricas, con un capital de ocho mil millones que produce catorce mil millones. Hay, además, 1.600 iglesias, 250 teatros, 102 hospitales con 21.800 camas, 71 centrales de correos, 20.000 maestros y 800.000 alumnos; 10.700 agentes de policía, a los que se paga con 80 millones anuales; se dan 50 millones más a los bomberos. Cada día llegan a Nueva York, por término medio, 300.000 viajeros; cada segundo, cuatro extranjeros; cada cuarenta y siete segundos, un emigrante, y cada cincuenta y dos segundos un tren. Cada diez minutos es detenida una persona; cada diecisiete minutos nace una criatura; cada veintisiete minutos ocurre una defunción; cada treinta minutos se celebra una boda; cada dos horas se echan los cimientos a un edificio; cada tres horas se declara un incendio; cada dos horas hay un accidente mortal; cada ocho horas se pronuncia un divorcio.»

SEDALMERCK

Antipirético Analgésico

El Rincón de los poetas.

LA GIRALDA

A Abel Salazar.

Ciñeron los califas tu testa bruna con su verde turbante de pedrería, en cuya primavera la Media Luna como un joyel de oro resplandecía.

Alarife de Arabia labró tu cuna, y aunque eres española, cristiana y pia, siempre mira al Oriente tu alma moruna cuando sus oraciones al cielo envía.

Como esclava en su templo, noble sustana, de la Cruz te encerraron los paladines, y humillada a sus plantas llorar te han

Mas yo sé que al tañido de la campana añoras la voz santa de los muezines, y, pensando en Mahoma, rezas a Cristo...

FRANCISCO VILLAESPEA.

PROCURA no despertarme cuando me veas dormir, no sea que esté soñando y sueño que soy feliz.

MELCHOR DE PALAU.

LO QUE quiere la meseta de Ocaña no se lo dé Dios al resto de España.

INVERNADA

San Francisco trae la vela y San José se la lleva.

Por San Gil
 prepara tu candil
 para velar,
 y por Pascua
 vuélvelo a apagar.

YODALGON
 ARRHENALADO
 COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

El reputado médico oculista D. Perfecto Chapado Haro ha fallecido en el Hospital Provincial de Zamora después de soportar con abnegada resignación una larga y penosísima enfermedad.

—En Vitoria ha fallecido el teniente coronel de Sanidad y director de aquel Hospital Militar D. Pedro Enrique Muñoz Ellén.

—En Oviedo, el médico forense don Celestino Prumares Menéndez, decano de la Beneficencia municipal y caballero de la Orden civil de Beneficencia.

—En Alba de Tormes, el médico don Hilarión García de Avila, padre del compañero D. Julio, médico de Veguillas, cuyo pesar compartimos.

—Nuestro querido compañero D. Serapio Eugenio Burgos, de Santa Cruz de la Salceda (Burgos), pasa por la triste e irreparable desgracia de haber perdido, después de corta enfermedad, a su hijo mayor, de doce años, muchacho inteligente y estudioso que a su corta edad ya había obtenido matrículas de honor en las asignaturas de bachillerato hasta el tercer año. Las simpatías del pueblo hacia este bondadoso chico las demostró asistiendo todos sus vecinos al sepelio. Enviamos al Sr. Burgos y su familia nuestro pésame sincero.

—En Córdoba ha fallecido el viejo médico jubilado de la Beneficencia provincial D. Rafael Vázquez de la Plaza,

JARABE ALMERA

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

caracterizado representante de la medicina homeopática.

—En San Vicente del Palacio (Valladolid) falleció D. Félix Gallego, inspector municipal de Sanidad de dicho pueblo.

—En su casa de Caparrosos (Navarra) ha fallecido a los ochenta y tres años el médico D. Francisco Ortiz de Cantonad, que desempeñó en Barcelona el decanato del Cuerpo Médico Forense.

—También ha pasado a mejor vida el famoso escritor médico Mauricio de Fleury, nacido en Burdeos el año 1860, discípulo de Pitres y Charcot, y autor de varias obras de reputación mundial.

—En Madrid falleció el Dr. D. José Blanco Royo, teniente coronel jubilado de Sanidad Militar.

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

Destinado á enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso.

Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física.

Hotel de dietética. — Dos hoteles para psiconeurosis.

Pabellón especial de radioterapia profunda. — Sección especial de toxicómanos.

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

SANTANDER

Vacantes.

Comunicamos a los médicos que piensen solicitar la vacante de Villamantilla (Madrid), existe un titular en dicho pueblo que tiene contratadas a las familias pudientes.

—Por renuncia, la de médico titular de San Pedro del Valle y sus anejos Vega de Tirados y Zarapicos (Salamanca), partido judicial de Ledesma, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 973; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento, a 12 kilómetros de la cabeza de partido y 20 de la capital. La estación más próxima, a 15 kilómetros. Carretera. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Villalcón (Palencia), partido judicial de Frechilla, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 447; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10, instancias hasta el 23 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 16 kilómetros de la cabeza de partido y a 48 de la capital. La estación más próxima, Cisneros, a 11 kilómetros. Carretera. Río.

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.

Se encuentran sin aplicación varios giros.

(Continúa en la página siguiente.)

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina

de Quebracho.

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

AGUA MINERAL BETTER

LA MEJOR PARA LA MESA

Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

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

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

Las enfermedades del
Estómago e Intestinos
dolor de estómago, dispepsia, acedías y vómitos, inapetencia, diarrea, úlcera del estómago, etc., se curan positivamente con el
ELIXIR ESTOMAGAL SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)
Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.
Venias: Principales farmacias del mundo.

ANALISIS
de orinas, esputos, leches, sangre, aguas, etc.
Laboratorio del Dr. E. Ortega, sucesor del Dr. Calderón.
Carretas, 14, Madrid.
FUNDADO EN 1866.

ros recibidos en el mes de Marzo, por venir muy confusas las señas.

Giros sin aplicación en el mes de Abril.
Regiero. Haro.
Mansalve. Pillas.
Gómez. Salamanca.

D. Eduardo Ruisan.—Pagado fin Diciembre 1931.
D. José Gallego Benito.—Id. y 5 pesetas para Huerfanito.
D. Antonio Martín González.—Id.
D. Jesús Vidal Prieto.—Id.
D. Emilio Blanzart.—Id.
D. José Arribas Burgos.—Id.
D. Miguel Flórez.—Id.
D. Arsenio Martín Rodríguez.—Id.
D. Gabino Álvarez Argüelles.—Id.

D. Miguel Calvo Casado.—Id. fin Diciembre 1931.
D. José Cabezas.—Id.
D. Antonio Alonso.—Id.
D. Claudio Carrasco.—Id.
D. Balbino Egido.—Id.
D. Antonio Blanco.—Id.
D. Gil Herrero García.—Id.
D. Enrique Falcó.—Id.
D. Antonio Cantó.—Id.
D. Pablo Feliú.—Id.
D. Emiliano del Pozo.—Id.
D. Antonio Delgado M.—Id.
D. José María García de la Torre.—Id.
D. Antonio Urquijo.—Id.
D. Carlos Fernández R.—Id.
D. Perfecto Cabana.—Id.
D. Francisco Camacho.—Id.
D. Victoriano Agut.—Id.
D. Julián Díez F.—Id.
D. Manuel Jacobo Carrasco.—Id.
D. A. Eladio Capilla.—Id.
D. Faustino Fraile M.—Id.
D. Miguel Federico Fernández de Alcazar.—Id.
D. Antonio Cárdenas.—Id.
D. Manuel Pardo.—Id.
D. José Arijón.—Id.
D. Angel Baltar.—Id.
D. Emiliano Gabete de la Torre.—Id.
D. José Bernardo Fernández.—Id. fin Enero 1932.
D. Eloy Rollán.—Id. fin Diciembre 1931
D. Luis Araujo.—Id.
Colegio de Médicos de Santander.—Id.
D. Daniel Antofianzas.—Id.
D. Ventura de Anca.—Id.
D. Teodoro Galán.—Id.
D. Carlos Cameno.—Id.
D. José Ciria.—Id.
D. Daniel Alvarez de Luna.—Id.
D. Manuel Algora.—Id.
D. Gabriel Escudero.—Id.
D. Antonio Fernández Lozano.—Id.
D. José Gálvez.—Id.
D. Lorenzo Sanz y Sanz.—Id. fin Febrero 1932.
D. Tomás Arranz y Ponce de León.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Félix Polo.—Id.
D. Estanislao Bronte.—Id.
D. Víctor Corral.—Id.
D. Francisco Alonso D.—Id.
D. Fidel Ballesteros.—Id.
D. Matías Blanco P.—Id.
D. Manuel Boy.—Id.
D. Prudencio Fernández Regatillo.—Id.
D. Martín Cardillo.—Id.
D. Joaquín Velilla.—Id.

D. Hermenegildo Caballero.—Id. fin Junio 1931.
D. Miguel Alcalá Torres.—Id. fin Marzo 1932.
D. Antonio González Méndez.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Cándido Gorostin.—Id.
D. Isaac Sastre.—Id.
D. José A. García Peñalvo.—Id.
D. Juan Degregorio.—Id.
D. Luis Martín Tovar.—Id.
D. Segundo Arranz.—Id.
D. Agustín Valverde.—Id.
D. Celestino Blanco.—Id.
D. José Alvarez.—Id.
D. Modesto García Luis.—Id.
D. Ricardo Encinas.—Id.
D. Fernando Antón Pomares.—Id.
D. Alberto Ciudad.—Id.
D. Jesús Cuesta.—Id.
D. Antonio Becerra.—Id.
D. Antonio Viñal.—Id.
D. Benitico Bengoechea.—Id.
D. Tomás R. del Campo.—Id.
D. Rogelio Pérez Plata.—Id. fin Marzo 1932.
D. Francisco González Peresini.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Enrique Arzac.—Id.
D. Casimiro Labajos.—Id.
D. Domingo Sandoval.—Id.
D. Victoriano Gallego.—Id.
D. Atilano García Campos.—Id.
D. José M. del Campo.—Id.
Círculo Ejército y Armada de Barcelona.—Id.
D. Pedro Cuesta.—Id.
D. Gregorio Bonnier.—Id.
D. Pedro Guzmán y Martín.—Id.
D. Sebastián Basa.—Id.
D. Manuel Gómez Lafuente.—Id.
D. Eugenio Gonzalo García.—Id.
D. Celestino Martínez Salinas.—Id.
D. Bernardo Embid.—Id.
D. Gregorio Morón García.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Lucas Rodríguez Romero.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Baldomero Romero.—Id. fin Marzo 1931.
D. Ignacio Florencio.—Id. fin Diciembre 1931.
D. Miguel Díaz Calderón.—Id.
D. Isidro Sancho.—Id.
D. José Caveró.—Id.
D. Julián Álvarez Miranda.—Id.
D. Joaquín Ciganda.—Id.
D. Melacio González Rodríguez.—Pagado fin Diciembre 1931.
D. Manuel Arredondo Alvarez.—Id.
D. Simón Blasco Salas.—Id.
D. Antonio Garrido.—Id.
D. Jesús Cadahis.—Id.

(Se continuará.)

se expulse con gran rapidez que compensa el exceso de tiempo que invirtió la dilatación. En las presentaciones de nalgas no es excepcional que se expulse el tronco con una dilatación incompleta del cuello del útero y que luego quede retenida la cabeza.

Terminado el parto conviene esperar antes de intentar toda extracción artificial de la placenta, si no se hiciera la expulsión natural, por lo menos media hora o tres cuartos de hora, pero no se debe esperar tanto tiempo como se puede permitir en los casos de parto con feto vivo, porque los tejidos de los anejos entran en putrefacción con mayor rapidez. Habitualmente queda retenida la caduca en su totalidad o en una gran parte y se va eliminando poco a poco en los días siguientes.

El puerperio es perfectamente normal, salvo si existió putrefacción. Claro está que la facilidad que tienen para infectarse los tejidos que ya llevan algún tiempo carentes de vida es mayor que la de los tejidos sanos y que por lo mismo los cuidados de asepsia deben ser mayores aún. En los casos en que el embarazo creaba molestias y dificultades a la madre, la muerte del feto llega a ser un verdadero beneficio para ella. La retención del feto muerto no tiene peligro para la salud de la madre mientras las membranas se encuentran completas, pero sí se rompen y a la rotura sigue la putrefacción del huevo.

Para evitar la muerte del feto se hará lógicamente el tratamiento de la enfermedad materna que pueda ocasionar dicha muerte; si se tratara de uno de esos casos llamados de muerte habitual del feto y el tratamiento antisifilítico no hubiera bastado en un embarazo para evitar dicha muerte, se procederá a provocar el parto en el embarazo siguiente en cuanto el feto sea viable, única forma de poder conseguir un hijo vivo. Cuando se ha diagnosticado la muerte del feto se espera a que se inicie su expulsión espontánea, sin provocarla ni acelerarla por ningún procedimiento. La tarea del médico consistirá en asegurar la asepsia de la vagina por medio de irrigaciones abundantes y templadas, que se repetirán dos o tres veces en el día. Si

se aumentarán al ver a los pocos días que las mamas empiezan a segregar. Si se trata de una múltipara este último síntoma suele ser muy evidente. La auscultación demuestra entonces que los latidos cardíacos han cesado, pero se puede percibir el soplo uterino. La palpación demuestra los primeros días aproximadamente los mismos síntomas que en vida del feto, pero poco a poco va siendo más difícil a consecuencia de la absorción del líquido amniótico que hace que las paredes del útero se apliquen directamente al feto.

Todavía se llega a diagnosticar la presentación, pero no es posible afirmar la posición, el volumen del útero disminuye precisamente, porque como decimos, el líquido amniótico se reabsorbe. Cuando se explora por palpación la cabeza fetal encajada, como se hace para determinar si hay encajamiento o no, se escucha algunas veces un ruido de crepitación ósea que es la consecuencia del cabalgamiento de los huesos del cráneo.

Cuando la cabeza fetal no está encajada o cuando el feto se presenta de nalgas y la cabeza se palpa con toda facilidad en el fondo del útero, este ruido de crepitación se oye muy evidente. El tacto proporciona pocos datos, pero cuando es la cabeza la que se presenta puede permitir la percepción de la crepitación lo mismo que acabamos de decir para la palpación en los demás casos. Cuando se reconoce a la enferma en el sexto o séptimo mes del embarazo y especialmente si el feto lleva ya varias semanas muerto, el diagnóstico de la muerte y hasta el de la existencia del embarazo pueden ser muy difíciles. Lo mismo que cuando se trata de una mujer en la primera mitad del embarazo, es preciso hacer un reconocimiento muy detenido y tratar de provocar contracciones uterinas que son las únicas que nos pueden confirmar en la idea de que la masa voluminosa que estamos tocando es efectivamente el útero.

El tacto combinado a la palpación demostrará también que el órgano contráctil se encuentra en continuidad con el cuello uterino. Otras veces el útero tiene una consistencia muy sólida que hace creer que se trata de un mioma; pero la historia clínica y la forma regular del útero suelen supri-

mir todas las dudas. El hecho de que no se perciban los ruidos fetales es insuficiente para fundar en él un diagnóstico trascendental, unas veces porque no se aplique el estetoscopio en el lugar más conveniente, otras porque se ausculte exclusivamente en el período de la contracción del útero, y otras por hidropesía del amnios, puede no auscultar, a pesar de que el feto se halle vivo. En cuanto al dato que proporcione la enferma de que ha dejado de percibir los ruidos del feto, tampoco se le puede conceder una importancia especial, si se tiene en cuenta que unas veces dejan de percibirse los ruidos de fetos normales y vivos hacia el final del embarazo por quedar dicho feto como aprisionado en virtud de su gran volumen y porque se halla disminuida la sensibilidad del útero, en tanto que en otros casos después de la muerte del feto la mujer puede seguir percibiendo movimientos que le parecen activos cuando en realidad son pasivos y los sufre el feto muerto como consecuencia de las contracciones del útero o de los cambios de posición de la madre.

Cuando en el curso de un embarazo gemelar fallece uno de los fetos el diagnóstico de la muerte del mismo es punto menos que imposible. Si fallacen los dos se podrá diagnosticar la muerte, pero a menos que se hubiera diagnosticado o siquiera sospechado antes el embarazo gemelar, pasará inadvertida esta condición del mismo. Si uno de los fetos fallece desde los primeros meses del embarazo y queda reducido de volumen y comprimido por el hermano, no hay forma de sospechar su presencia y su expulsión en el momento del parto es una sorpresa para el médico y para su familia.

El parto con el feto muerto difiere por algunos detalles de poca importancia del parto normal con feto vivo. En primer lugar la dilatación del cuello del útero es mas lenta, pero tampoco hace falta que dicha dilatación sea tan completa como para la expulsión de un feto vivo, porque los tejidos del muerto se deprimen con suma facilidad. La expulsión del huevo muerto se suele hacer sin gran pérdida de sangre, pero hay casos en los que al final de la misma se

produce una hemorragia que puede ser tenaz. La expulsión del huevo se hará en uno o dos tiempos. En el primer caso las membranas no se rompen y el embrión aparece rodeado por ellas, viéndose la placenta en la superficie de las mismas. Otras veces se rompen las membranas y se expulsa primero el feto y después sus anejos como en el parto normal.

Cuando el embarazo se halla ya muy próximo al término, el parto del feto muerto solamente se diferencia del del feto vivo por la mayor lentitud con que se hace la dilatación del cuello uterino. Esta lentitud es la consecuencia, de una parte, de la poca consistencia de los tejidos fetales que no pueden hacer una presión tan eficaz, y de otra parte de la distensibilidad de las membranas que forman una bolsa de las aguas estrecha y larga que sale por el orificio uterino sin hacer presión sobre sus bordes. Una vez rota la bolsa de las aguas se acumula gran cantidad de sangré en el tejido subcutáneo de la parte del feto que en el orificio se presenta. Si se trata de la extremidad cefálica se forma una bolsa serosanguínea, cuya consistencia depende del estado de conservación de la piel en el momento en que se iniciara el parto. Si la piel se hallara ya muy macerada es muy fácil que por efecto de la contracción uterina dicha bolsa se rompa y entonces no solamente se proyectan por los órganos genitales jirones de piel y el líquido serosanguinolento que la bolsa contenía, sino que también pueden salir fragmentos de hueso y de masa encefálica. Una vez que se comienza la expulsión del feto hay que guardarse muy bien de hacer tracción de ninguna de sus partes, porque se podría dar lugar a un desgarro del mismo. El médico se limitará a seccionar el cordón en cuanto se presente en la vulva y a recoger el feto en un paño esterilizado. Precisamente por las leyes que rigen la acomodación del feto son frecuentes las presentaciones viciosas en los casos de muerte del feto, pero se suelen resolver bien a consecuencia de la reductibilidad que el feto tiene. En estos casos es en los que se suele observar la evolución espontánea de las presentaciones de hombro. La reductibilidad de volumen del feto es también la causa de que

PARA LAS ENFERMEDADES NERVIOSAS ELIXIR POLIBROMURADO AMARGÓS

BROMURANTINA

(Nombre registrado.)

Calma, regulariza y fortifica los nervios.

Contiene los bromuros potásico, sódico, estróncico y amónico, asociados con sustancias tónico amargas.

Lloret de Vista Alegre, una id., 3.^a id. Una zona.
Lloseta, una id., 3.^a id. Una zona.
Llubí, una id., 3.^a id. Una zona.
María de la Salud, una id., 3.^a id. Una zona.
Manacor del Valle y Escorca, una id., 3.^a id. Una zona.
Muro, una id., 2.^a id. Una zona.
Pollensa, dos id., 2.^a id. 8 174 habitantes. Dos zonas.
Sansellas, una id., 3.^a id. Una zona.
Santa Margarita, una id., 2.^a id. Una zona.
Selva, una id., 2.^a id. Una zona.
Sineu, una id., 2.^a id. Una zona.

DISTRITO DE MANACOR

Artá, dos id., 3.^a id. Dos zonas.
Campos del Puerto, una id., 2.^a id. Una zona.
Capdepera, una id., 3.^a id.
Felanitx, dos id., 2.^a id. Dos zonas.
Manacor, dos id., 1.^a id. Dos zonas.
Montuiri, una id., 3.^a id. Una zona.
Petra, una id., 3.^a id. Una zona.
Porreras, una id., 3.^a id. Una zona.
San Juan, una id., 3.^a id. Una zona.
San Lorenzo, una id., 2.^a id. Una zona.
Santafí, dos id., 2.^a id. Dos zonas.
Ser Salines, una id., 4.^a id. Una zona.
Son Servera, una id., 3.^a id.
Villafranca, una id., 3.^a id. Una zona.

ISLA DE MENORCA.—DISTRITO DE MAHÓN

Mahón, dos id., 1.^a id. Dos zonas.
Ciudadela, dos id., 2.^a id. Dos zonas.
Alayor, dos id., 2.^a id. Dos zonas.
Mercadal, dos id., una de 2.^a y otra de 3.^a id. Dos zonas.
Ferrerías, una id., 2.^a id. Una zona.
Villa-Carlos, una id., 3.^a id. Una zona.
San Luis, una id., 3.^a id. Una zona.

ISLA DE IBIZA.—DISTRITO DE IBIZA

Ibiza, dos id., 2.^a id. Dos zonas.
San José, una id., 2.^a id. Una zona.
San Juan Bautista, una id., 2.^a id. Una zona.
Santa Eulalia del Río, una id., 2.^a id. Una zona.
San Antonio Abad, una id., 2.^a id. Una zona.
Isla de Formentera, una id., 1.^a id. Una zona.
Madrid, 15 de Septiembre de 1930.—El jefe del Negocio, *Ubaldo Trujillano*.—V.^o B.O. el director general, *J. A. Palanca*. (Gaceta del 20 de Septiembre de 1930.)

PROVINCIA DE MÁLAGA.—PARTIDO DE MÁLAGA.

Málaga (capital), treinta y tres plazas, 1.^a categoría, 170.521 habitantes, 6 415 familias, 10.903.101,12 pesetas presupuesto.

Churriana (anejo Málaga), una id., 1.^a id.
Torremolinos (idem), una id., 1.^a id.
Campanillas (idem), una id., 1.^a id.
Puerto de la Torre (idem), una id., 1.^a id.
Venta Carvey (idem), una id., 1.^a id.
El Palo (idem), dos id., 1.^a id., 500 id.
Alhaurín de la Torre, una id., 1.^a id., 4.100 id., 220 id., 20 id., 48.000 id.
Benagalbón, Rincón de la Victoria y Cala del Moral, una id., 1.^a id., 5 156 id., 27 id., 94.789 id.
Totalán, Moclinejo y Olías, una id., 1.^a id.

PARTIDO DE ALOHA

Alora, cuatro id., 1.^a id., 10.887 id., 800 id., 22 id., 169.479,54 id.

Alozaina, una id., 1.^a id., 3.042 id., 242 id., 20 id., 55.000 id.
Almogía, dos id., uno de 1.^a y uno de 2.^a id., 7.374 id., 250 id., 14 id., 72.044,49 id.
Cártama, una id., 1.^a id., 5.894 id., 300 id., 21 id., 89.000 idem.
Pasarabonela, una id., 1.^a id., 5.400 id., 250 id., 23 id., 74.328,88 id.
Pizarra, una id., 1.^a id., 4.012 id., 200 id., 10 id., 70.945,47 idem.

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

INVENTO NUEVO

Aparatos "Electro-Médicos" UNIVERSAL
con 12 modalidades electro-medicinales.

LA MAYOR EFICACIA. — SEGURIDAD. — PRECISIÓN
RESISTENCIA ILIMITADA. — GARANTIA ABSOLUTA

Precio: Ptas. 400 -.- Damos facilidades de pago.

Laboratorios Eléctricos :: 331, Apartado 331 :: SEVILLA



CICA-SÉPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada
con ceraina.)

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

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

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

TÓNICO INFANTIL
a base de glicerofosfato de cal,
ácido arsenioso, glicerina
y muira puama.

•••••

FIMONAL

MEDICAMENTO
especial para el tratamiento de las
enfermedades del aparato
respiratorio.

Fórmula: Gomenol, arrhenal,
benzoato sód. benjuí y dionina.



(Marca registrada)

INSULINA DANESA "LEO"

LA MAS PURA Y LA MAS EFICAZ

Forma líquida: Tubos de 5 c. c., 100 unidades internacionales.

Tubos de 5 c. c., 200 unidades internacionales.

Forma sólida: Tubos de 20 tabletas de 5 unidades intern., total 100 unidades intern.

Muestras y literatura extensa a disposición de los señores médicos que las soliciten.

Comercial Ibero Danesa, S. A.

Suc.^a de Valentín Aage Moller

Vía Layetana, 20

Barcelona

Concesionaria exclusiva de:

Exhepa - Insulina "Leo" - Jeringa "Leo" - Itamin
Leotamin - Paraghurt "Leo" - Phyllosan - Sanocrysin
Original Mollgaard - Sulfosin "Leo" - Tiroides "Leo"

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional: Boletín de la semana, por Decio Carlan.—¡Luz, más luz!..., por Un médico imparcial.—Cronicon epistolar, por el Dottore Baloardo.—I Congreso Hispanoportugués de Tocología y Ginecología, por A.—Remitido: El Tribunal del Jurado y los médicos, por A. C.—Dice el doctor Lafora: Cabarets, manicomios y mazmorras, por, J. Bermúdez Bernardo.—Previsión Médica Nacional.—Acotaciones a un curso sobre tuberculosis, por el Dr. Julián Bravo.—Academias, Sociedades y Conferencias.—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.

Cada cosa a su tiempo.

En medio del período de indecisa tranquilidad, derivado natural del radical cambio político producido en nuestro país, ocurren cosas que por sincero y no desmentido interés público creemos que debieran fijar la atención del Gobierno de hecho, constituido, y que hoy por hoy no sólo creemos que deben acatar todos los buenos españoles, sino, aún más, contribuir a su sereno sostenimiento hasta tanto que las Cortes soberanas que se anuncian hayan dicho su definitiva palabra sobre la constitución estable de la nación.

Decimos esto porque no nos explicamos el que ofreciéndose al Gobierno una marcha tan lógica y natural como sería la de rectificar, resolver y plantear solamente las cuestiones de carácter urgente, de apremiante necesidad y de inmediata exigencia, no comprendemos cómo se lanzan algunos señores ministros, no ya solamente a resoluciones de los apuntados caracteres, sino a anuncios de propósitos verdaderamente fundamentales que en orden lógico, ya que no realmente en el efectivo, constituyen una verdadera presión sobre la voluntad nacional, si ésta es la que ha de expresarse en las anunciadas como próximas elecciones. Es de notar que tal conducta no se marca en consejeros que por largas y disputadas propagandas individuales podían ser calificados como paladines seguros de reformas sociales o políticas, sino en aquellos otros que procedentes únicamente de centros ideológicos, no siempre mal avenidos con los regímenes anteriores y sus provechos, anuncian reformas trascendentales perturbadoras, cuando no otra cosa, con la misma tranquilidad de espíritu que tan simpática pudiera parecer en el actual Gobierno. Si se tratara de asuntos médicos o sanitarios seríamos aún más explícitos en el detalle; pero una vez más repetiremos que el carácter de médicos no nos empece al ejercicio de la exposición de nuestras opiniones de ciudadanos, y aunque nos obligue a detallar en nuestra especificación sanitaria, no nos mutila para que pensemos que el anunciar a unas Cortes Constituyentes la ma-

nera cómo deberán resolver problemas empolvados por añejo, como la libertad de cultos y la secularización de los cementerios, ya atelarañados desde antes de 1868, no será un crimen ni siquiera un delito de lesa nación, pero sí una falta de oportunidad y conveniencia.

Dejando aparte este general concepto, diremos, en cambio, que tampoco estorbaría al buen crédito del actual Gobierno el que evitara todo carácter personalista en las cesantías y substituciones personales, y aún más en las organizaciones que en buena ciencia política administrativa corresponden al alto poder legislativo, al que no sabemos qué le va a quedar que hacer cuando en el próximo mes de Junio se constituya si siguen menudeando disposiciones de carácter soberano análogas a las organizaciones de los Consejos de Sanidad, al Tribunal Supremo de Justicia, al Consejo de Estado y a la importantísima cuestión de substituir en la Secretaría de una Junta de Administración como la de la Ciudad Universidad a una personalidad a quien podrán negarse todas las condiciones que se quiera menos la de una casi vesánica preocupación, un interés inextinguible y un conocimiento bien documentado del asunto, para substituirle por otra personalidad muy respetable, pero casi anónima e indocumentada en los asuntos que al caso importa.

No queremos indicar más acerca de estas cosas; pero nos viene a cuento el repetir una frase que oímos juzgando a un catedrático y fundador de la Escuela de Odontología, hoy injustamente tratado: «N. nos ha bajado a los dentistas del pescante de la Plaza Mayor para meternos en nuestros automóviles; justo es que alguna vez nos lo pague». Como en la Prensa general y nosotros hoy en artículo aparte tratamos de un asunto sanitario que interesa, al parecer, al público, sin prescindir de continuar tratándole, nos importa confirmar una vez más nuestra leal conducta absolutamente opuesta a toda compatibilidad oficial administrativa en los puestos sanitarios, y si se necesitan argumentos en favor de esta opinión sencillamente decorosa nuestra colección entera no nos desmentirá.

Siempre hemos sido enemigos del *Juan palo mismo*; pero por lo visto no son sólo los rumiantes

los que tienen cuatro estómagos más o menos a la vista. Esto no va solamente con los actuales distribuidores de puestos: es corruptela introducida tiempo ha por los que han manipulado la Sanidad pública, si no ciertamente por los que la fundamentaron por la severa rectitud que nadie puede negar a sus preclaros nombres. Siquiera entonces tuvieron en su descargo la efectividad de falta de preparación en suficiente número de individuos; pero hoy es de creer que después de ciertos directores y organizadores y propagandistas lo que sobran son funcionarios aptos... por lo menos para cobrar.

¡Es tan difícil resistir a las manipulaciones nacionales y extranjeras y, sobre todo, a la exuberancia profesional!

DECIO CARLAN

¡LUZ, MAS LUZ!...

CARTA ABIERTA AL SEÑOR MARQUÉS DE LUCA DE TENA

Muy señor mío: por ser bien firme mi admiración de las normas ejemplares, honradas y gloriosas por que se rige *A B C* como empresa periodística, no dudo en dirigirle esta carta que estimo pueda ser de conveniencia en lo sucesivo para las informaciones de orden médico y sanitario que aparecen en *A B C*, reflejando con alguna frecuencia, en su fondo y en su forma, que sorprenden sus autores la buena fe de los llamados a autorizar su inserción.

Con los artículos aparecidos estos días (3 y 6 de Mayo): *ACERCA DE UN NOMBRAMIENTO DE SANIDAD*, ocurre en grado tan alarmante lo que más arriba lamento que juzgo preciso para informe de la masa española *no médica* ciertas fundamentales aclaraciones.

Que el Sr. Palanca (de funesta memoria en los anales de la Sanidad española) nombró ponente en el concurso a la plaza de director del Instituto de Comprobación al Sr. Tello (D. Jorge Francisco) y que la ponencia de este señor, catedrático en San Carlos, propuso al Sr. Hernando, catedrático de Terapéutica en San Carlos; que ahora el ministro, conforme a esa ponencia, ha nombrado al Sr. Hernando para dicha Dirección... ¡Claro que esto es verdad!... Pero es necesario decir lo mucho de verdad que se ha callado, porque sin decirlo se comete un gravísimo delito contra el sagrado respeto de la leal información al público. Sobre esto es lo que sospecho no han informado al *A B C* ni el Sr. Mouriz, indudable inspirador del primer artículo, ni el Sr. Pascua en el segundo.

Deba decirse que la creación del Instituto de Comprobación, calificándola lo más dulcemente posible, fué una tremenda equivocación del Sr. Murillo. Debe decirse que esta entidad no puede ser sino una sección del Instituto Nacional de Higiene (Alfonso XIII) y que si no lo es sólo se debe a un caso de discutible habilidad del Sr. Tello y otros señores, que para favorecer las pingües ganancias de sus industrias particulares, fundadas por ellos a base del crédito público que les abría su condición de directores y jefes de Sección de dicho Instituto Nacional de Higiene, no han dudado en ir encanijando lo más posible una de las instituciones científicas y administrativas más gloriosas y provechosas para España.

Esta es la verdad. El Sr. Tello no puede dirigir el Instituto de Comprobación porque es un industrial al que le interesa que el Estado no fabrique (ya lo consiguió) y que para

evitarlo no suelta la Dirección del Instituto de Alfonso XIII, convertido por obra suya en una oficina de individuos de la que sólo se consigne por ellos tomar del Estado nombre, crédito y provecho que va a fortalecer las industrias personales de estos caballeros.

Debe añadirse que para su mayor tranquilidad el señor Tello propuso al Sr. Hernando para dirigir el Instituto de Comprobación y que es público y notorio (y yo soy un testigo verdaderamente de cargo) que el Sr. Tello y el Sr. Hernando son los fraternos mufidores de cuantas intrigas de todo linaje se vienen desarrollando hace años en la Facultad de San Carlos, la Dirección de Sanidad y la Academia de Medicina. Esto lo saben hasta las piedras. Que para poder vivir y medrar en la profesión médica se necesita formar en las legiones de estos dos o a lo más tres caballeros, de los cuales yo he dicho repetidamente mis opiniones en punto a ciencia y conducta, y no tengo por qué sino ratificarme en ellas.

Debe decirse que la propuesta del Sr. Tello fué llevada al Consejo de Sanidad y que, luego de los discursos de protesta de tres consejeros, se puso a votación, siendo FORMIDABLEMENTE derrotado el Sr. Hernando y obteniendo grandísima mayoría otro concursante (9 votos; el Sr. Hernando tuvo dos, y Mouriz, 00). Así me lo aseguran dos respetables consejeros.

Debe decirse que el estupendo Sr. Palanca, perdida toda su ecuanimidad ante la lección que le daba el Consejo de Sanidad, declaró que, a pesar de la votación, propondría al Sr. Hernando para que el ministro resolviera.

Debe decirse, y esto es lo más gordo, lo que no dicen ni a tres tirones los que colocan artículos tendenciosos en los diarios; debe decirse quién era ese concursante que el Sr. Tello desdafiaba y el Consejo de Sanidad imponía. ¿Por qué no lo han dicho? Pues porque es la llave de todo este asunto, por cuanto del Sr. Mouriz no hay ni que hablar.

El concursante desdeñado por Tello e impuesto por el Consejo de Sanidad es nada menos que D. Obdulio Fernández. Claro que para público, ministro y periodistas ajenos a las ciencias bioquímicas y farmacéuticas esto de decir un farmacéutico y añadir D. Obdulio Fernández puede pasar inadvertido; pero entre médicos, sanitarios y personas de cultura científica, decir que se estima al Sr. Hernando superior al ilustre discípulo de Carracido, es tan enorme desatino como confundir a Tello con Cajal.

Yo no tengo por qué calificar. Es el mundo científico, son las obras de cada uno, es su historial tan distinto, tan distinto, que conforme para mí sería loca ambición llegar a uno, me abochornaría la posibilidad de un contacto con el otro.

¿Por qué no se dice que después de un concurso de méritos juzgado por el Consejo de Sanidad con enorme mayoría a favor del profesor Obdulio Fernández, decano de la Facultad de Farmacia, académico de número de la de Ciencias Físicas y Naturales, profesor de ANÁLISIS DE MEDICAMENTOS ORGÁNICOS y hombre de enorme y reconocido mérito científico en España y en el extranjero, se ha aconsejado al ministro nombrar al Sr. Hernando, catedrático de Terapéutica (por oposición ocasional; yo fui uno de sus primeros discípulos y me permito afirmarlo), catedrático *residenciado públicamente* por sus alumnos por no explicar su cátedra de Terapéutica; académico de NÚMERO de la de Medicina que necesitó escuchar las explicaciones del profesor Obdulio Fernández (ACADÉMICO CORRESPONSAL), llamado expresamente por la Academia para exponer ante ella el tema, entonces nuevo, de los genalcaloides?

¿Por qué no se publican las listas de sus obras y de sus estudios originales?

¿Por qué no se dice algo de lo que haya hecho en materia de química o de farmacobiología el Sr. Hernando, gran recitador de revistas de propaganda y de manuales de tres francos pieza?

¿Por qué no se dice que lo único que puede explicar la creación del Instituto de Comprobación y el nombramiento de Hernando es tan sólo los intereses de los industriales *cientificoides* emboscados tras el nombre glorioso de Cajal y matadores con premeditación y alevosía de la obra nacional que supuso el Instituto de Higiene de Alfonso XIII?

¡Luz, más luz!... Nosotros estamos dispuestos a ponerles en la cara los reflectores a todos esos *interesados enjuagues*.

UN MÉDICO IMPARCIAL.

5 Mayo 1931.

CRONICÓN EPISTOLAR

El anillo de la gota de sangre.

El señor administrador de EL SIGLO MÉDICO me ha entregado hace pocos días una carta extraña dirigida a él. Procede la epístola de un médico que, al tomar cierta y muy respetable decisión, se entrega a una discordante e innecesaria emisión de opiniones acerca de un artículo aparecido en EL SIGLO MÉDICO.

Estos juicios, a los que me sería bien fácil contestar, los disculpo de todo corazón porque en mi ánimo está el convencimiento de la escasa meditación que precedió al emitirlos.

Pero esa carta, lector amado, me decide a contarte hoy cierta intimidad sentimental de mi mano derecha, de esta mano torpe que conduce la pluma *leal, firme y rudamente sincera*, que nos comunica a ti y a mí, si no todas las veces conformes en el juicio, siempre respetuosos y justos con los demás, como obliga una buena conciencia.

Sabe lector que, desde el día 15 del pasado mes de Abril, el dedo anular de mi mano derecha luce un fuerte y sencillo aro de oro en el cual se engasta un rubí del rojo vivo y brillante de la sangre más rica y pura.

Diríase que desde entonces, al escribir, sobre la falange más alta de ese dedo que parece tirar de mi pluma sobre el campo helado y desierto de las cuartillas, se ha clavado un dardo, un venablo envenenado que lanzaron contra mi mano, y la sangre, por un milagro imprevisto, se cuajó en la herida como un cabochón de precio.

Pero este *anillo de la gota de sangre* tiene una historia más sencilla, que acaso te interese conocer.

El día 15 del pasado Abril, cuando España entera se conmovía hondísimamente por los sucesos trascendentales de los días 12, 13 y 14, que han cambiado tan fundamentales cosas en nuestra patria, el día 15 digo, y a hora desusada, fui llamado con urgencia por DECIO CARLAN, quien me quería cerca de él *por no querer dormirse sin antes entregarme una cosa*.

En aquellos días, en los que hasta el escape de una moto producía en el ánimo ansiedad, ¿qué no me causaría tan extraño aviso a tales horas?

Marché presuroso y conmovido a casa de mi director, y diéronme al llegar a ella que el Dr. Cortezo estaba en la cama. Entré directamente en la alcoba de DECIO CARLAN... y ahora, lector, discúlpame un aparte:

Mucha gente conoce la alcoba de Cortezo. Desde que su avanzada edad y los naturales achaques a ello le han obligado, por la alcoba de Cortezo desfiló más de medio Madrid

y mucho de España. Sin embargo, y por si tú no la conoces, bien estará que sepas cómo es.

La alcoba de Cortezo no es grande, más bien chica y con exceso ocupada de muebles; muebles todos de singular modestia, ajnar de estudiante sobrio y un tantito desordenado. Preside la estancia un gran retrato de su madre y debajo una reproducción del Jesús de Tolwalssen, ambos sobre una chimenea en cuya tabla de estrecho mármol se amontonan libros de ciego en escritura Braille. Al lado siniestro una cómoda, que es un completo revoltillo de cosas de uso, y al diestro lado una enorme *caja de caudales...*, en la que, a falta de bienes, Cortezo conserva frescos los gusanos con que da de comer a los mirlos cantores por los que siente gran predilección. Un armario, un colgador de ropas, un lavabo, una mesa tocador y la cama, dos sillones y una mesa de lectura. Nada más y nada menos en una estancia de 4 por 3 $\frac{1}{2}$ metros de suelo. Delante del balcón, jaulas con pájaros y en el balcón tiestos de flores, muchos tiestos. Sobre la cama un Cristo de marfil que se atribuye a Benvenuto y fué legado a Cortezo por un cliente de muchos años que nunca le pagó la cuenta de honorarios.

En tal habitación y en aquella su cama, más de médico de guardia que de presidente de honor de la Academia Nacional de Medicina, hallé a mi director, pesadamente acostado y en silencio que supuse de sueño. Sobre las blancas cubiertas del lecho se destacaba la diestra mano, ancha y fuerte de DECIO CARLAN, y, en el dedo anular, como brotando de su piel morena, saltaba una roja y brillante gota de sangre que parecía un cabochón de rubí.

Miré en silencio aquella mano enojada. Por un momento pensé en la inquieta mano que revolvió libros y papeles en sus juveniles años de estudio, en la mano que acompañó las de Simarro y de Mendoza en las investigaciones bacteriológicas e histológicas de San Juan de Dios y la Princesa; que se extendió por las aulas y las clínicas, audaz y sabia, llevando la modernidad a la enseñanza; que se alzó combativa en las cátedras del Ateneo glorioso; que durante horas y horas y años condujo la pluma al través de un colossal concierto de cultura, de ingenio y de ideología original, consciente y rica en rendimientos; que mostró al Parlamento caminos de bien para la ley; que enderezó el timón de la enseñanza de los niños y se tendió amiga y liberal a las juveniles destemplanzas de los estudiantes; que empujó los caudales del Estado a la conservación de lo bello y a la construcción de los hogares para la dignidad y la facilidad del desarrollo de la ciencia española tan míseramente esclavizada; que trazó los admirables planos de la Sanidad Española; que gobernó catorce años los debates de la Academia y condujo otros tantos las deliberaciones de arzobispos, ministros, generales, almirantes, jurisconsultos, profesores de las Ciencias Morales y Políticas y caudillos de las reivindicaciones sociales, con serenidad y justicia netamente helena; que pulsó la lira con tanto acierto como la radial, el microscopio, el bisturí y las armas de Minerva, de Temis y de Olfo; que se entregó acogedora y paternal a los niños sin padre y sin hogar de sus hermanos, y que incansable y voraz recorre días y días las páginas, que sus ojos ya no ven, para arrancar con los pulpejos de sus dedos octogenarios las ideas al libro, cuando rinde implacable el esfuerzo de dos o tres lectores a su servicio. Esa mano con *el anillo de la gota de sangre*, ancha y fuerte, más parecida a un corazón que a una garra, se alzó de la blancura de las ropas y, tendiéndose hacia mí, acompañó de repente esta pregunta del ciego DECIO CARLAN: ¿Quién está ahí?

— ¡Eres tú, BALOARDO? Acéreate, hijo mío. No quería!

dormirme sin entregarte antes esta sortija, que deseo lleves toda la vida en el mismo dedo que yo la he llevado. Es mi recuerdo por tu artículo del otro día.

Y Cortezo, en aquel día de 15 de Abril de 1931, se quitó aquella gota de sangre y la puso en mi dedo, en ese dedo anular que parece tirar de mi diestra sobre el helado y desierto campo de las cuartillas cuando mi pluma torpe, pero leal, firme y rudamente sincera, me comunica contigo, lector, si no todas las veces conformes en el juicio, siempre respetuosos y justos con el ajeno, como obliga una buena conciencia.

Esta es la historia del anillo de la gota de sangre, que tal vez tú digas que tiene poca importancia; pero... menos importancia tiene la carta que me la hizo escribir.

DOCTORE BALOARDO.

Abril, 30 de 1931.

I Congreso Hispanoportugués de Tocología y Ginecología.

Como se había anunciado primeramente, ha tenido lugar en Madrid esta importante Asamblea durante los días 28 de Abril al 4 de Mayo últimos.

Desde la víspera de la sesión inaugural se hallaban en esta capital la mayor parte de los congresistas portugueses, muchos de ellos acompañados de sus esposas e hijas.

El primer acto celebrado fué la sesión preparatoria que tuvo lugar a las once de la mañana en la Sala de Juntas de la Asociación de la Prensa, bajo la presidencia del Dr. Soler (de Madrid).

El presidente del Comité lusitano, Dr. Novais Sousa, y los representantes de las Universidades de Lisboa y Porto, señores Monjardino y Moraes, hicieron uso de la palabra para saludar con elocuentes frases a los congresistas españoles.

Se acordó nombrar la siguiente Mesa: Presidente, doctor Soler; vicepresidentes, Dr. Monjardino, Luque, López Sancho, Matos, Martín Barrales, Ferrandes, Costa, Sacadura Herrera, Villa y Usandizaga; secretario, Dr. Haro, y secretarios de actas, G. de la Torre, Parache, Saboriz y Gálvez, y nombrar presidentes de honor a los señores Moreira, Novais e Sousa, Moraes Frías, Recaséns (Luis), Sebastián, Botín, Cospedal, Bourkaib, Goyanes y Horno Alcorta, y Comisión de administración, señores Luque, Maortúa, Pumarino, y el secretario, Sr. Haro.

Por último hizo uso de la palabra el Dr. Soler, que en un elocuente discurso correspondió a las frases de los asambleístas portugueses.

A las tres de la tarde del mismo día 28 y bajo la presidencia del jefe del Gobierno provisional, tuvo lugar la sesión inaugural del Congreso. Con el Sr. Alcalá Zamora ocuparon la mesa presidencial el presidente del Congreso, doctor Soler; el director general de Sanidad, doctor Pascua; el presidente del Comité portugués, doctor Novais e Sousa, catedrático de Obstetricia de la Universidad de Coimbra; el señor Salazar Alonso, presidente de la Comisión gestora de la Diputación provincial; el doctor Moraes Frías, catedrático de Ginecología de la Universidad de Oporto; el doctor Monjardino, de la de Lisboa; el decano de la Facultad de Medicina de Madrid, el embajador de Portugal, Sr. Melo Barreto y los doctores Herrera, Recaséns (D. Luis) y Luque.

Abierta la sesión, el secretario del Congreso, doctor Haro, dió lectura a la Memoria detallando los trabajos rea-

lizados para la organización de la Asamblea, y después de los discursos de salutación de los doctores Soler, Novais Sousa, del representante de la Universidad de Buenos Aires y del embajador de Portugal, el Sr. Alcalá Zamora, tras un aplaudidísimo discurso, dió por inaugurados los trabajos de la Asamblea.

A continuación el jefe del Gobierno inauguró la Exposición de productos Farmacéuticos aneja al Congreso.

En la imposibilidad de hacer una detallada reseña de la intensa y abundante labor en él realizada reproduciremos las conclusiones aprobadas en la sesión de clausura presidida por el subsecretario de Instrucción Pública en representación del ministro del Ramo.

Sus conclusiones son las siguientes:

Primera. De acuerdo con lo que dispone el reglamento del Congreso, aprobado en la sesión preparatoria, se propone que el próximo Congreso se celebre en la Ciudad de Lisboa el año 1933.

Segunda. De acuerdo también con dicho reglamento, se propone la constitución de la Asociación Hispanoportuguesa de Tocólogos y Ginecología.

Tercera. La Comisión encargada para la organización del referido Congreso y de la citada Asociación estará integrada por dos Comités, uno portugués, constituido por los doctores Monjardino, residente, presidente; Costa Sacadura, secretario, y Novais e Sousa y Moraes Frías, vocales, de Coimbra y Oporto, respectivamente, y otro español, constituido por los Dres. Luque, presidente; Haro, secretario, y Recaséns (L) y Usandizaga, como vocales representantes de los sectores universitario y extraversitario, respectivamente.

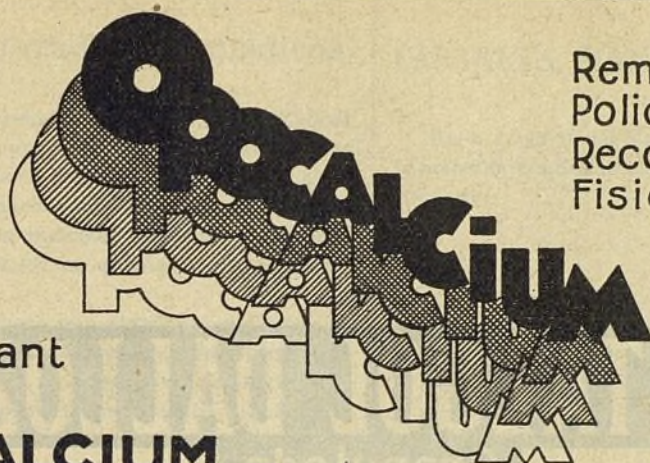
Cuarta. Se propone la designación de una Ponencia, integrada por los Dres. Luque, Recaséns (L), Conill, Monjardino, Moraes Frías y Costa Sacadura, encargada de someter al próximo Congreso una nomenclatura unificada de las perturbaciones de la menstruación.

Quinta. Se propone que exista una revista hispanoportuguesa de Tocología y Ginecología, que sea a su vez órgano oficial de la Asociación que va a constituirse, y para ello se designa a los Dres. Haro y Torre-Blanco para que, de acuerdo con D. Pedro Zuloaga, se llegue al cumplimiento de este deseo del Congreso en la forma más perfecta.

Sexta. Dirigirse a los Gobiernos de ambos países hermanos para que completen la obra iniciada en pro de la mujer embarazada en su terrible aspecto médico, social y jurídico, esto es, poniendo fácilmente a su alcance cuantos elementos médicos existen hoy para el más perfecto cumplimiento de su misión maternal, dándole los elementos económicos que le permitan cumplir el descanso indispensable a su alta función, y por último instaurando en España, ya que Portugal lo tiene, la investigación de la paternidad y suprimiendo en ambas naciones la vergonzosa e injusta dualidad entre los hijos legítimos e ilegítimos.

Los congresistas portugueses, que fueron agasajados con una función de gala en el teatro Fontalba, con una excursión a Toledo, con una visita a la Ciudad Universitaria, con un banquete de gala en el Palace Hotel y con las recepciones de costumbre, regresaron en su mayoría el día 5 a Portugal, siendo despedidos en la estación de Madrid por nutridas representaciones de sus compañeros españoles a quienes manifestaron su intensa satisfacción por el resultado científico de la Asamblea y su agradecimiento por las atenciones recibidas.

A.



Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

2º OPOCALCIUM IRRADIADO

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado — Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado — Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV. GAMBETTA. PARIS

Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS - Diputación, 239 - BARCELONA

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

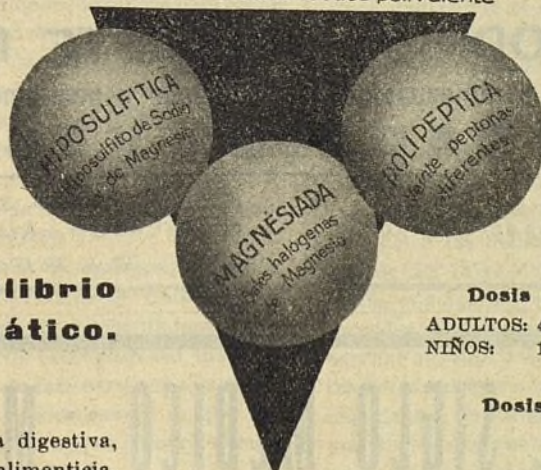
PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine

RANSON

(ἀνὰ-CONTRA, κλάσις-SHOCK)

Asociación antianaafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

Anafilaxia alimenticia, Intolerancia digestiva,
Deficiencia hepática. Intoxicación alimenticia,
Jaquecas, Insomnios, Vértigos. Eczemas, Ur-
ticaria, Enfermedades de Quincke, Asma, Dis-
nea, Reuma, de los huesos, Corizas espasmódi-
cas, Taquicardias, Arritmias, Artritis, Tu-
mores benignos, Cáncer.

Dosis para la fórmula granulada:

ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:

ADULTOS: a 5 por día.
NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARIS

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

Biblioteca de EL SIGLO MÉDICO :: MONOGRAFÍAS

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

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

REMITIDO

El Tribunal del Jurado y los médicos.

En una de las últimas reuniones del Colegio de Médicos de Madrid se tomó, entre otros, el acuerdo de elevar a los Poderes públicos una petición colectiva encaminada a obtener la excepción de asistencia voluntaria a los juicios por jurados y no sabemos si la inclusión en las relaciones cuatrimestrales de los ciudadanos en quienes concurra la condición de médico.

Nos extraña sobremanera que siendo la profesión de la Medicina uno de los sacerdocios más netamente democráticos por la universalidad de esferas en que se practica y que habiéndose manifestado la clase médica española no sólo como cooperadora y colaboradora, sino como abanderada en la vanguardia de las más modernas y recientes orientaciones políticas, en el momento que se emprende el camino de la Meca jurídica, constitucional y legalmente democrática bajo un régimen más progresivo todavía que el monárquico parlamentario en suspenso desde 1923, nos extraña, repetimos, que en estos momentos sea la clase médica la que solicite una norma de excepción, un privilegio, cuando ella es quizás la más llamada y la que puede prestar más eficaz ayuda, no sólo al Tribunal de Hecho, sino al de Derecho.

Se llama por la ley a formar parte del primero de estos tribunales a representantes de todas las clases sociales y orientaciones profesionales, para que su veredicto surja investido de la mayor garantía, de la *vox populi*. Restar un elemento de cultura tan numeroso como el que representa el mundo médico, es mutilar ese tribunal. Restar la opinión del médico, más útil que la del sacerdote para el conocimiento de las miserias humanas y las influencias que las provocan por no ser tan rígida su reserva profesional como la de éste, ante un caso de injusticia, es, además de mutilar ese tribunal, negarle elementos de juicio. Restar la posible constatación entre la opinión del perito (de intervención tan frecuente en el orden criminal), que puede ser errónea, confusa o por exceso de tecnicismo o nomenclatura poco asequible a los demás jurados, es abrir una puerta más al posible error judicial, bien por perjuicio cuando se imputa la responsabilidad al reo, o por lenidad cuando se absuelve con sujeción al principio clásico de *in dubis, libertas*.

Invocar el desamparo de la propia clientela o de los enfermos acogidos en los establecimientos benéficos para lograr de una manera legal la posibilidad de rehuir una prestación tan necesaria como la solicitada del médico para la constitución del Tribunal de Hecho y su mayor eficacia, nadie se atreverá a negar que es una actitud poco democrática; y si esta actitud, con igual legitimidad, fuese adoptada por las demás corporaciones gremiales, ¿no volverían a caer los tribunales por jurados en manos de los que venían viviendo de ellos hasta la suspensión de la ley?

Seamos demócratas practicando la democracia, haciéndola respetar, vigilando que su práctica se realice en un campo fértil o al menos fertilizado por los sentimientos honrados que hoy arden en esta era de resurgimiento mundial. No pidamos privilegios, que son su más perniciosa antítesis, ni pretendamos conseguir de ella únicamente lo que nos convenga, sino lo que convenga al mayor número aunque suponga para nosotros un gran sacrificio.

Nadie puede pretender que un remedio enérgico y radical sea grato a todo paladar, y menos los médicos.

A. C.

DICE EL DOCTOR LAFORA...

CABARETS, MANICOMIOS Y MAZMORRAS

Reproducimos del diario *El Correo de Zamora* el siguiente artículo de nuestro amigo y colaborador el Dr. Bermúdez Bernardo:

«Hay varias Diputaciones provinciales, como las de Zamora, Cáceres, Alicante y quizás Granada, que recientemente han aprobado presupuestos de construcción de manicomios, y como primera providencia envían al Extranjero a sus arquitectos y a veces a sus médicos. Estos muchas veces vagan, desorientados, por las ciudades europeas, desconociendo los idiomas, ignorando toda guía adecuada, y vuelven con abundante información de «cabarets» para acabar planeando las más lamentables mazmorras; tal el caso de Avila.»

¿Está claro?

El párrafo transcrito, aunque no lo parezca, pertenece a un artículo, llegado tarde a mi poder, del ilustre psiquiatra madrileño Dr. Lafora, el cual lo publica en *El Sol* del 13 del actual, sin atenuar la brusquedad de frase con eufemismos ni circunloquios de ningún género.

Ignoro el efecto que tales ditirambos hayan podido producir en el ánimo de los interesados de Cáceres, Alicante y Granada, y sobre todo de Avila, Diputación ésta donde, según se deduce del texto, quedó ejecutado sin tilde el programa completo de «cabarets» y mazmorras. Pero de mí sé decir que al leer eso, al enterarme ahora de mis propias e ignoradas aventuras, sentí el asombro de las galantes andanzas en que anduve envuelto, considerándome autorizado por ello a rogar al Sr. Lafora que tenga a bien publicar el secreto diciéndonos a todos en qué lugar orgiástico del planeta nos encontró a su lado para convencerme con persuasión cabal de que empleé mi tiempo en tales mansiones de placer morboso. Porque juro en mi ánima, si no es que tantos locos me hicieron loco, que ni yo he ido al Extranjero ni conocí otros templos de Baco y Venus que no fuesen los mal dispuestos para el caso de Ciempozuelos y similares.

Mas seamos comprensivos y sinceros. Cállelo o lo diga, tampoco creo que el gran maestro haya afirmado eso con plena conciencia de su discurso.

Aquí, en Zamora—lo he publicado recientemente y nadie ha procurado contradecirlo hasta ahora—, hay un solo proyecto. Ese proyecto, en la parte médica, es mío y si pues, al hablar del manicomio nuestro y de su gestión previa nadie puede aludir a otro que al ideado por mí, las paabras de adjetivación del articulista no son, no pueden ser del doctor Lafora, temperamento delicado, discreto y exquisitamente sensible a los deberes de estimación ajena, sino del otro Lafora, del «bis», del doble, de los malditos elementales de tanda, que danzan, a veces, como inquietos homúsculos en derredor nuestro para llevarnos a esas tragedias livianas del escribir sin tino y del fantasear sin freno. O es obra de esos traviesos agentes o lo es del otro huésped que todos llevamos dentro: del Crispín analizado por Balmes y bautizado por Benavente, que ofrece al caballero las armas de un recurso picaresco cuando se trata de suplir al hombre bueno por el petardista y chocarrero que se esconde en el reverso, con riesgo de que tal ayuda transforme la intención más hidalga en tablado de titirimundi y en mohín arlequinesco.

De unos o de otros será el desmán, eso defínalo el maestro, pero nunca del Dr. Lafora, cuya próspera condición espiritual y elevado nivel de solvencia ética le aleja de todo roce con la misérrima literatura de escándalo.

Ahora bien, sea cual sea el inconsciente culpable, declare y diga cuanto sepa de mis viajes manicomiales, haciéndolo con franqueza, con esa bizarra franqueza que dedica a mis abulenses colegas de vapuleo a fin de quedar de un golpe todos cumplidos y satisfechos. El, por demostrar una realidad soñada, empeño de genios. Yo, por presentar una realidad vivida, y el público, lego y docto, por asistir regocijado al torneo intrascendente y festivo de unas cañas que se vuelven lanzas y de unas lanzas que se quiebran como cañas.

¿Está claro también esto?

* *

Hasta aquí lo bufo y aquí lo serio.

Veamos que es eso de las mazmorras.

Cuando escribió su artículo el Dr. Lafora conocía éste del proyecto sólo un antiguo bosquejo, alentado por él y corregido por mí más tarde al percatarme de sus defectos. El índice final del mismo, en lo que afecta a edificaciones y presupuesto, habrá llegado a sus manos horas después de aparecer en *El Sol* el trabajo de que me ocupo. Algo, por lo tanto, puede deducir ya, auxiliado por el elemento de juicio de mi informe ante la Cámara de Comercio, de lo que eran nuestros propósitos; mas como eso no basta y se me hace preciso puntualizar los principios técnicos, he aquí los que inspiraron mi trabajo, por si se estima que anduve errado en el planteamiento.

En primer término, como dice en su escrito, el personal. Sin esto todo lo humano es inanidad, quimérico. Un director, responsable universal del establecimiento; un médico por cada ciento o ciento cincuenta enfermos y un enfermero disciplinado e idóneo por cada diez. Al director se le embargaría su actividad profesional fuera del manicomio, para lo cual es evidente que se dotaría la plaza con decoro. Se separaría de él sólo la función administrativa de suministros y abastecimientos.

Régimen disciplinario de suavidad, libertad, vigilancia estrecha, trabajo y recreo. Nunca pensé no ya en cercar la finca, pero ni siquiera en garantizar la seguridad con saltos de lobo, porque he aprendido que el demente, cuando se lo propone, se fuga, igual que se antolesiona o suicida, si no se le vigila. Nuestra valla consistiría en vegetación de mediana altura con red metálica escondida, e inútil será añadir que el trabajo consistiría principalmente en labores de granja y cultivos, a base de las doce hectáreas disponibles, así como se pensaba también en dotar a la casa de aquellos medios precisos para evitar el uso de cinturones, celdas fuertes, camisas de fuerza, sillas de amarre, colchones en tierra, etc., etc. Al efecto, aseguro, y ahí están los planos que pueden atestiguarlo, que llegamos a la prodigalidad en baños, comunes y permanentes, y disponíamos las cosas de manera que cada cuatro enfermos excitados se hallaran bajo la mirada constante de un enfermero, comunicado por medio de timbres con los demás sirvientes para los casos de extrema violencia.

Lo demás, encamamiento, helioterapia, farmacoterapia, visita, paludización, etc., me doy por dispensado de mencionarlo, porque no es de un examen de lo que se trata.

El servicio social psiquiátrico tendría un departamento propio, anejo al dispensario, y los laboratorios gráfico, biológico, psicotécnico y eléctrico, se instalarían con todo y sólo lo necesario.

Para la realización de este criterio adoptamos el sistema de pabellones, por entender que es el mejor y más eficaz en punto a separaciones de formas demenciales y no aceptamos lujos de ornamentación, por considerarlos, como el Dr. Lafora, pueriles e improcedentes, aunque tampoco llegamos al esquematismo, tipo febril, de Fleury les Aubrais, basando con ello una variedad útil y agradable.

Así llegamos a los cinco pabellones que se relacionan en mi trabajo anteriormente mencionado, y si se me objetara que son pocos, yo diría que para los enfermos actualmente existentes son bastantes, quedando a cargo del alza, de la necesidad, del tiempo, de la extensión ilimitada del campo y del dinero disponible la construcción de los restantes.

De tal forma organizado el manicomio, yo me permito suponer que se elevarían bastante los porcentajes de curaciones y remisiones, aunque sin llegar de momento a las cifras del Extranjero, porque en él se asiste al psicópata pronto, y entre nosotros casi sólo al demente y tarde, reduciéndose al propio tiempo, de esto sí estoy seguro, los cuantiosos gastos que hoy se dedican, en ocasiones, a funciones de segregación y almacenaje.

* *

Esto, como base, era el andamiaje, el esqueleto de nuestro proyecto; modesto acaso y a buen seguro imperfecto; pero ¿cabe decir de él que es el estudio de una lamentable mazmorra? Quizá, quizá, yo me resigno a verlo destrozado si el Dr. Lafora prueba que es inaceptable, porque su autoridad pesa mucho y mi valer es escaso. Pero lo que no admito, porque no puede ni debe admitirse, aunque él lo diga y aunque él lo avale con su gran saber, que admito y proclamo, es que el plan de Zamora sea un conato de secuestros medievales.

Eso, si fué dicho por nosotros —y del texto y los hechos bien se ve que no es posible deducir lo contrario—, debe demostrarse con razones o rectificarse con desprendimiento, porque en un caso y en otro soy el primero en reconocer que las palabras airadas del psiquiatra tienen sobrada justificación en el panorama manicomial contemporáneo y quien así disculpa un apóstrofe, en esta ocasión injusto, bien merece que se le vindique o se aleccione para que ganen, de consuno, la verdad, los enfermos y el adversario.

Yo, después de lo expuesto, agradeceré siempre al doctor Lafora el gesto bello de sus comentarios.

J. BERMÚDEZ BERNARDO,

Zamora, 22 de Marzo de 1931.

PREVISION MEDICA NACIONAL

Bajo la presidencia del nuevo director general de Sanidad, Dr. Pascua, ha tenido lugar en el Colegio de Médicos de Madrid la reunión del Pleno del Consejo de Administración de la Previsión Médica Nacional, con la asistencia del presidente, Dr. Pérez Mateos, y de los consejeros doctores García Tornel, de Barcelona; Hinojar, de Madrid; Cortés Pastor, de Valencia; Pardo, de Guadalajara; Crespo, de Zamora; La Rosa, de Sevilla; Cimas Leal, de Salamanca; Iñigo, de Zaragoza; Lomas, de Lugo, y el secretario, Dr. Egea, de Murcia.

Se dió lectura al estado de cuentas, explicándose por la presidencia detalladamente el significado de los diferentes

fondos, y acordándose un voto de confianza para la inversión de los mismos en valores del Estado.

Estudiados varios expedientes de pensión se leyó un escrito de la Asociación de Veterinaria Española, solicitando que se amplíe a sus asociados el derecho a ingresar en la Previsión Médica Nacional, acordándose acceder a lo solicitado, previa consulta con los Colegios provinciales de Médicos, y fijar las normas de acuerdo con la directiva de aquella Asociación.

Atendiendo a las consideraciones de varios Colegios, se accede a que el plazo de admisión de socios numerarios, en las mismas condiciones de los socios fundadores y con el 50 por 100 de bonificación, termine el día 30 de Junio próximo.

Se ratificó el acuerdo de que comiencen a funcionar desde el día 1 de Junio próximo los grupos segundos de Invalidez y de Vida.

Y después de los discursos de salutación del presidente del Consejo de Colegios y del director general de Sanidad, se levanta la sesión.

Anotaciones a un curso sobre tuberculosis.

Hace pocos días—el 21 de Abril—terminó el curso de Fimatología dirigido por el Dr. Valdés Lambea en sus servicios del Hospital Militar de Madrid-Carabanchel.

El curso de esta primavera superó, con mucho, al explicado el pasado año en la misma época. Se inscribieron 119 médicos; de ellos 41 vinieron de provincias, el resto de Madrid. Merece fijar la atención en aquellos colegas que dejan su titular o su puesto provinciano buscando un substituto para venir a perfeccionar o a iniciarse en los estudios fimatológicos, tan lamentablemente abandonados.

Desfilaron, en días distintos por el Servicio de Fimatología 96 médicos alumnos—de los cuales sólo alcanzaron el diploma 63—. El promedio de asistentes diarios fué de 60.

Extendieron los diplomas solamente a los colegas que demostraron asiduidad, constancia y puntualidad suficientes, con arreglo a condiciones prefijadas y a las cuales tuvo que atenerse todo el que desee obtener dicho diploma. Para ello a principios del Curso fijóse el siguiente anuncio:

Este Hospital Militar tiende a rodear de las mayores garantías la veracidad de los certificados y títulos que expide.

El diploma, que al finalizar este Curso se entregará a los alumnos, ha de ser un documento que, en toda ocasión, patencie la asistencia al mismo.

Esta finalidad, que a los señores médicos alumnos beneficia, sobre todo, se alcanzará después de comprobar que cada colega, deseoso del diploma, asistió a este Servicio, por lo menos, durante las dos terceras partes de los días que componen el Curso.

Sería pueril apelar al sistema de pasar lista. Más en consonancia con la tendencia libre de estas enseñanzas, se estima como medio comprobatorio el de que los compañeros que tengan gran empeño en conseguir el diploma firmen todas las mañanas, al llegar al servicio, en los pliegos colocados a tal fin.

Los señores médicos alumnos a quienes no les interese conseguir el diploma, pueden asistir a todos los actos—exactamente igual que los aspirantes a dicho documento—sin necesidad de estampar su firma.

Hubo treinta y cuatro días de clase. Diariamente, menos los jueves, de diez a once el Dr. Valdés Lambea explicaba una lección teórica. El resto de la mañana se dedicaba, según el día de la semana, a prácticas clínicas y de laborato-

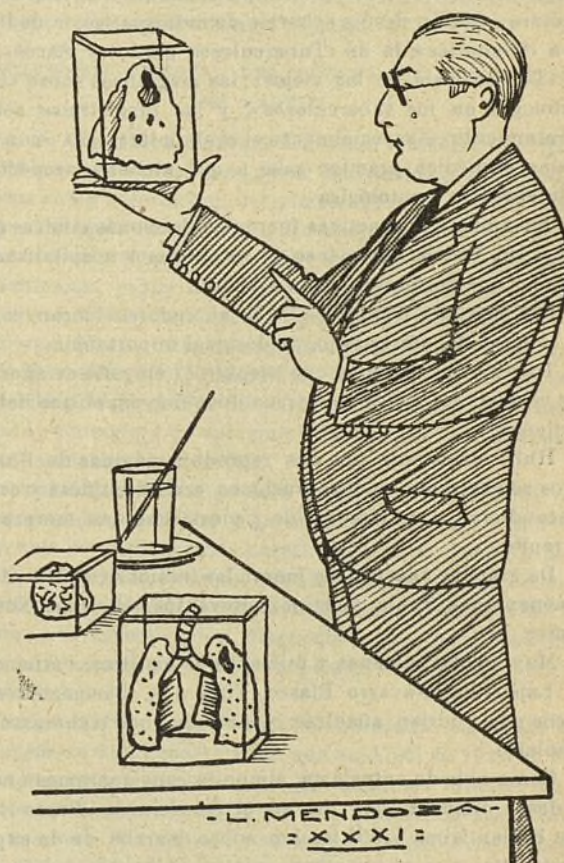
rio, a la consulta pública, a lecciones clínicas, etc. Para ello los alumnos fueron distribuidos en grupos y agregados al personal auxiliar del servicio (Dres. Aranda, Bravo, Fuentes, Maisterra, Moreno Cobos, Moreiras, Ríos, M. Rosales, Ruiz de Guardia, Sevilla y Villalobos).

Los jueves, el grupo de turno asistía al quirófano, con el fin de presenciar las sesiones operatorias practicadas por el Dr. Valdés Lambea.

Por las tardes, en el Colegio de Médicos, los colaboradores—eminentes colegas de Madrid y provincias—explicaron lecciones relacionadas con la orientación general del curso.

Anotaremos unas impresiones sobre las lecciones escuchadas y sobre el deslizamiento del curso.

El día de la inauguración—2 de Marzo—tras la lectura de unas cuartillas por el coronel médico director del Hospi-



El Dr. Valdés Lambea explicando una de sus lecciones sobre «Anatomía patológica de la tuberculosis».

tal, el Dr. Valdés Lambea se dirige al casi centenar de colegas, justificando la admisión de todos los solicitantes:

«Primeramente, amigos, pensé dar el curso para 20 o 30 médicos en el caso de que las peticiones no hubieran rebasado la cincuentena. Ante el hecho halagador para este Hospital y para mí, de que 119 médicos solicitaran recibir nuestras enseñanzas, me hizo cambiar de criterio, admitiendo a todos los solicitantes.

»Para que ustedes no se sorprendieran les dirigí una carta haciéndolo saber. Han sido todos tan amables conmigo y tan entusiastas que, a trueque de recibir menos enseñanza—por el crecido número de alumnos—han preferido engancharse en esta empresa.

»Muchas gracias a todos, ya que la presencia de tantos colegas colman mis esperanzas y aficiones docentes.»

Siguen a estas palabras un esquema sobre el curso a desarrollar, un diseño sobre la distribución de las enseñanzas,

y en seguida entra en la primera lección, trazando un bosquejo de la infección tuberculosa; pasando después a detallar los conocimientos fundamentales de anatomía pulmonar y de semiología del aparato respiratorio.

No podemos ir criticando lección por lección. Además, casi seguramente se editarán las del Dr. Valdés y las de los colaboradores, en un magnífico tomo.

Es de justicia consignar que en este curso quedó consagrado Valdés Lambea como *maestro*. Lo decimos como alumnos de este su segundo curso. El maestro domina ya de tal manera la técnica didáctica, en cuanto a exposición de abundantes conocimientos, lenguaje, ademán, tiempo, etc., que, sin discusión, nos sentíamos en la primera cátedra libre de Fimatología creada en España.

Recordamos, por lo didácticas, algunas lecciones: la de «Procesos no tuberculosos de pulmón» (tumores, quistes, etcétera), con un desfile soberbio de radiografías; la dedicada a «Granulias»; la de «Tuberculosos gordos y flacos»; la de «Tuberculosis de los viejos»; las magníficas sobre «Hematología en los tuberculosos», y las magistrales sobre «Tratamiento» —especialmente el «quimioterápico»— con las cuales el médico práctico sabe a qué atenerse respecto a la terapéutica fimatológica.

Sumamente instructivas fueron las lecciones clínicas que dió el Dr. Valdés, valiéndose de los enfermos hospitalizados y de los que desfilaron por la consulta.

Las lecciones a cargo de los colaboradores fueron, como en el curso del año pasado, de desigual importancia.

Todavía los médicos que aceptan el empeño de aportar sus enseñanzas no están persuadidos del papel que deben de llenar.

Hubo disertante que nos reprodujo páginas de libros; otros se abstraían en lucubraciones archicientíficas y otros descendieron a un lamentable pedestristismo que merece no se repita.

De grandes enseñanzas fueron las lecciones de Marañón, Jiménez Díaz, Tapia Martínez, Reventós, Hinojar, Nóvoa Santos.

Muy lucidas, amenas y útiles las de los Dres. Fernández de Laportilla, Navarro Blasco, Vital Aza, Bastor, Areces. Pocos más podrían añadirse; y otros muchos rechazarse en absoluto.

Como nota de entusiasta simpatía consignaremos que el profesor Jiménez Díaz dió en el Servicio de Fimatología una brillantísima y útil lección sobre marcha de la exploración clínica en el asma bronquial; y el Dr. Alvarez Buylla (de Oviedo) compartió con los ayudantes del Servicio la labor clínica, trayéndonos de provincias ráfagas de ardor juvenil.

Debido a los gloriosos acontecimientos políticos se suspendió el Cursillo complementario de Anatomía patológica, teniendo Valdés el proyecto de darlo, juntamente con unas lecciones sobre granulias, a últimos del mes de Mayo, en el Colegio Médico.

Con gran sencillez, el día 21 de Abril se procedió al reparto de diplomas a los médicos alumnos que se hicieron acreedores a dicha distinción, y ante el ofrecimiento de dar un banquete al maestro, presenciamos el rasgo de buen gusto (insólito en estos tiempos) de que Valdés declinara tal honor, considerándose suficientemente agasajado con la asistencia asidua de los colegas y el hecho de inscribirse en este segundo curso más de un centenar de médicos, los cuales han pasado por lo que puede llamarse (sin exageración) la Cátedra libre de Tuberculosis.

DR. JULIÁN BRAVO.

Madrid, 30 de Abril de 1931,

Academias, Sociedades y Conferencias

MADRID

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 4 de Mayo de 1931.

LA HIPERGLUCEMIA INSULÍNICA

Dr. E. Oliver Pascual: Presenta su comunicación, que publicaremos íntegra, con las gráficas correspondientes, en el número próximo.

TRATAMIENTOS DESENSIBILIZANTES EN SUS INDICACIONES Y RESULTADOS

Dr. F. Sicilia Traspaderne: En la terapéutica antigénica por el método de las dosis mínimas y vacunación progresiva entran la casi totalidad de erupciones artificiales de origen alimenticio y medicamentoso, producidas por sustancias vegetales, animales y minerales, siendo, y por composición química especial, las de los dos últimos órdenes más usadas, las ocasionales que hacen manifestar tendencias orgánicas anormales.

Siendo condiciones fundamentales los estados sensibilizadores y anafilácticos a la composición de los medios, proporcionalidad de coloides y cristaloides, la reacción y propiedades físicoquímicas de los mismos, es lógico y de obligación altamente científica la investigación en cada caso, pero especialmente en aquellos de una cronicidad y repetición alarmante la situación de eretibilidad a mínimas causas.

Son electivos y responderán mejor a la terapéutica los individuos que sólo manifiestan el estado especial necesario para estas reacciones, tan desproporcionadas y a veces comprometedoras. En los que encontramos además anomalías lesionales o funcionales dependientes de otras enfermedades, sin la corrección de las últimas no suelen modificarlo, por lo que se impone terapia de todos los elementos, y aun en ciertos casos perjudicarían los medios y métodos antichocs, antianafilácticos y desensibilizantes a las entidades o síndromes morbosos en evolución.

La proteinoterapia tiene amplio campo de acción también en esta dermovenereología, siendo en todas las grandes difusiones e infiltraciones de los focamientos y en los yacimientos más profundos donde convienen los piretógenos, que son en gran mayoría del grupo para movilizar situaciones pasivas de mal y activar defensas.

El tratamiento anespecífico es de evidente utilidad, tanto en lo microbiano como en lo constitutivo funcional; así la parálisis general progresiva con malaria inoculada y proteínas preparadas, como el aolan, protan, caseína, nucleinatos y otras; como entre los inorgánicos el azufre en suspensión o coloidal, trementina en absceso de fijación, sanothion o tiosulfatos, que son modificadores de diátesis y de estados infectivos profundos productores de algias, espasmos, irritabilidades de las vías nerviosas, etc.

Con medicamentos tan sencillos pueden conseguirse mejoras y aun curaciones, revelando cuál sea la patogenia de muchos accidentes. Este aspecto interesa ya; al modo de las reactivaciones, nos descubre naturalezas dermatósicas; así caseosan en algunos prurigos antiguos algunas dermatosis reumatóides y purpúricas; tiosulfatos alcalinos en otras uricémicas o discrásicas artríticas, eczema del mismo nombre e hipersecreciones vasomotrices; peptona en vías diversas, hiposulfitos hasta el magnésico, sales cálcicas, en los de pruritos y estados consecutivos a mala crisis sanguínea, linfadenia, leucemia, anemias, hipoplasias.

En los casos dudosos, y aparte anamnesia rigurosa que



aclare, las cuti y reacciones epidérmicas y dermocutáneas son necesarias.

SOBRE LA CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DEL CUELLO VESICAL POR MEDIO DEL «PUNCH» OPERADOR (con presentación del instrumento).

Dr. A. de la Peña: La «punch operation» (operación a sacabocados) tiene por objeto realizar la amputación del cuello vesical por vía endoscópica (uretral) con el fin de tratar los fenómenos disúricos que ciertas alteraciones de esta región pueden provocar. Es Young, de Baltimore, en 1913, el primero que realizó la extirpación del cuello vesical mediante sacabocados, utilizando un instrumento ideado por él, al que dió el nombre de «punch» (sacabocados).

El mejor sacabocados es el de Braasch, de la clínica Mayo, que hemos modificado añadiéndole un tubo conductor y variando el sistema irrigador, con lo que se simplifica la intervención. Según la primitiva técnica de Braasch y Bumpus, la operación comprende dos tiempos: sección y extirpación con el sacabocados del tejido enfermo; electrocoagulación de las superficies cruentas mediante el cistoscopio directo, después de retirar el sacabocados. Gracias a nuestra modificación del «punch» de Braasch, se evita el tener que recurrir al cistoscopio directo para la práctica de la electrocoagulación, pudiendo realizarse ésta a través del mismo sacabocados, con lo cual se consigue una gran economía de tiempo y, sobre todo, de manipulaciones no siempre inofensivas.

Con la electrocoagulación de la superficie cruenta, que sigue a la sección por sacabocados del cuello vesical, se evita el principal inconveniente de la operación, la hemorragia y las reacciones pielonefriticas que se observan con la sección y electrocoagulación simultáneas del aparato de Caulk.

Con esta técnica del «punch» no es preciso el empleo de la sonda permanente después de la intervención. Los enfermos abandonan en general el lecho a los dos o cuatro días de operados.

Intervención que se hace bajo anestesia general o local, pero nosotros preferimos realizarla bajo raquianestesia.

Los casos más favorablemente influenciados por esta operación son los individuos relativamente jóvenes con manifestaciones de prostatismo, aun cuando al tacto rectal no revele alteración de la próstata y la cistoscopia directa descubra una esclerosis hipertrófica del labio posterior del cuello vesical o pequeños edemas del mismo. Son los casos que los autores franceses denominan prostáticos sin próstata.

La mayoría de los fracasos de esta operación se deben a haberla practicado por error diagnóstico o por desconocimiento de sus indicaciones en enfermos en los cuales no sólo se logra mejoría sino que se produce una acentuación del proceso. La operación del sacabocados no se practicará en los casos de adenoma prostático voluminoso, como tampoco en enfermos con prostatitis, fenómenos de cistitis y pequeña retención de orina. Es frecuente ver operar enfermos de este último tipo, debido a confundir la reacción inflamatoria del cuello (edema) que acompaña a las prostatitis con las lesiones escleróticas del mismo.

Esta operación es de elección en los casos de esclerosis hipertrófica del cuello vesical y pequeños adenomas del mismo. La cauterización total de la sección será substituída por la electrocoagulación de los vasos que sangran. Será empleada la operación del sacabocados siempre que, por la pequeñez de las lesiones o por el mal estado del enfermo, esté contraindicada la talla hipogástrica.

Dr. T. de la Maza Saavedra: Hemos tenido ocasión de asistir al tratamiento de dos de los casos operados por el Dr. De la Peña. Uno de ellos con un pequeño adenoma cervical y escaso residuo urinario, operado, el resultado fué inmediato y excelente. En cuanto al segundo, operado por el procedimiento de sacabocados, habiéndolo sido previamente de talla hipogástrica por la abundancia del residuo urinario, el resultado no fué tan favorable, si bien la herida de talla cicatrizó rápidamente, pero a los ocho días de la intervención el residuo urinario llegó a 70 c. c., y en la actualidad ha aumentado a 250 c. c.

Esta clase de intervención realiza, como su nombre lo indica, una separación a sacabocados del tejido hipertrofiado o hiperplásico, siendo posible que las restantes formaciones del cuello vesical reproduzcan la neoformación y con ello la reaparición de síntomas, ya que el «punch» no hace la eliminación de dichos tejidos con su cápsula.

LEISHMANIOSIS VISCERAL DEL ADULTO. UN NUEVO CASO EN MADRID

Dr. F. González Suárez: Infección parasitaria, bien estudiada en los niños, suele pasar inadvertida para muchos médicos como enfermedad del adulto. Precisa insistir que afecta a cualquier edad y el cuadro clínico en el niño y en el adulto es fácilmente identificable y producido siempre por la leishmania, cuyos matices y variedades obedecen a la raza, clima, edad y hábito constitucional del enfermo.

Existen diversos focos endémicos de kala azar en el litoral Mediterráneo, siendo Madrid el Norte más avanzado de la distribución geográfica del parásito en España. El mecanismo de contagio y de epidemiología son las únicas cuestiones pendientes de solución.

Tres síntomas fundamentales orientan el diagnóstico: la esplenomegalia, la fiebre y la anemia, a los que se une la leucopenia con linfocitosis, Arneth hacia la izquierda, hipocromia e híglobulia, diarreas, astenia con hipotensión y adelgazamiento progresivo. Sintomatología que en el adulto debe orientar a la investigación diagnóstica. La posibilidad de hallar leishmanias en la pulpa esplénica obtenida por punción del bazo.

El caso clínico objeto de esta comunicación se refiere a una mujer de veinticuatro años que en Abril de 1929 se le muere una hija de nueve meses por kala-azar infantil, habiendo estado enferma desde los seis meses. En Marzo de 1930 aparecen los primeros síntomas: inapetencia, fiebre alta, escalofríos y sudor, fiebre de tipo irregular y diarrea pertinaz. En Febrero de 1931 la asistimos por padecer bronconeumonía aguda. Un mes después, erisipela. Clínicamente hallamos: esplenomegalia, anemia, y la anamnesis nos fija episodios febriles irregulares; complejo clínico que nos orienta al kala-azar, confirmado en el examen microscópico de la pulpa esplénica a más de una intensa hipoglobulia con hipocromia, leucopenia y linfocitosis.

El tratamiento por el tártaro emético al 2 por 100 en inyección semanal intravenosa y dosis de 8, 10 y 12 centigramos mejora progresiva y rápidamente la totalidad del síndrome clínico.—*M. Aceña.*

*Curso de divulgación de los progresos médicos.
Conferencia del Dr. Olivares.*

En el salón de la Academia Nacional de Medicina dió el Dr. Olivares su anunciada conferencia sobre «Progresos recientes en cirugía abdominal», perteneciente al ciclo de divulgación organizado por la Academia Médico Quirúrgica.

En lo referente a la cirugía del peritoneo expuso el

actual criterio dominante de no dejar desagüe ni aun en los casos en que la operación se hace por infección de la cavidad abdominal.

Más adelante pronunció algunas palabras para aclarar el actual concepto que se tiene sobre la llamada peritonitis gaseosa, así como el de peritonitis crónica adhesiva idiopática.

Con motivo de esta última enfermedad se ocupó ampliamente de las recidivas ulcerosas cuando se opera, señalando con bastante detalle los procedimientos propuestos para evitarlas.

A continuación estudió la etiología de la apendicitis, insistiendo sobre la extraordinaria influencia que tienen los traumatismos en su producción. Habló igualmente de la influencia causal de la mencionada enfermedad en la producción de la oclusión intestinal.

Estudió igualmente las actuales teorías sobre el erizo movable y los distintos procedimientos quirúrgicos para operar el carcinoma gástrico. En último término habló de la exclusión total del intestino y la llamada segunda enfermedad en la patología digestiva.

Fué muy aplaudido.—Dr. M.

* *

ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGIA Y SIFILOGRAFIA

Sesión del día 22 de Abril de 1931.

Presidencia, Dr. Bejarano.

Al abrir la sesión, el presidente, interpretando el íntimo sentir de la Academia, pronuncia unas breves palabras de adhesión al régimen constituido y propone conste en acta la satisfacción con que este organismo, puramente científico, ha visto la instauración del Gobierno provisional de la República.

Por aclamación se acuerda que así sea.

A continuación el Dr. Gay interviene con motivo de un caso presentado en la pasada sesión por el Dr. Sáinz de Aja. Ha estudiado comparativamente las preparaciones de Arcaute e Illera con las que él efectuó. Reconoce que la biopsia efectuada por el Dr. Sáinz de Aja es más especificativa que la suya. En sus preparaciones obsérvanse únicamente aumentos de células, un infiltrado polimorfo. En las de Sáinz de Aja obsérvanse algunos elementos histológicos de sondeo grande y claro que en cierta manera pueden recordar a las células de Paltauf o células de micosis fungoide. De todos modos, ante estos documentos anatomopatológicos únicamente puede plantearse el diagnóstico entre la micosis fungoide y la linfogranulomatosis maligna de Paltauf y Hemberg. Por su parte, ha podido identificar con bastante claridad algunas células de Stemberg. Dado el polimorfismo clínico de este caso, más parece, en su criterio, tratarse de la segunda que de la primera. La afirmación categórica efectuada por los dos histólogos pudiera ser debida a que estos investigadores, cuando no son dermatólogos, conocen mejor la micosis fungoide que la linfogranulomatosis de Paltauf y Stemberg.

Dr. Sáinz de Aja: Interviene para decir que, como había ofrecido, ha traído las preparaciones y al propio tiempo manifestar que el enfermo continúa mejorando con los rayos X.

Dr. Gay: Presenta un caso que por llevar aún muy poco tiempo sometido a su observación no ha sido aún completamente estudiado. Se trata de un caso típico de enfermedad de Regnaud con esclerodactilosis de un hipotiroidismo con hipersimpaticotonía.

Dr. Sáinz de Aja: Presenta una enferma que desde hace un mes presenta un brote de unas lesiones que pudieran

llamarse de eritema perstan acompañado de anestesia cutánea. La serología era negativa. Se trataba, en resumen, de un caso de lepra.

A continuación el mismo señor académico presenta nuevamente su reciente caso de pénfigo vulgar presentado hace dos sesiones. Se le practicó una punción lumbar evacuadora con la que se logró una detención inmediata de los brotes, con curación casi completa. Actualmente ha tenido otro brote. Por esta razón ha iniciado un tratamiento con arsenicales pentavalentes con el propósito de llegar a una dosis total muy elevada.

Prof. Sánchez Covisa: Interviene para referir otro caso de inmediata observación suya. Se trataba de un pénfigo vulgar que ingresó en grave estado en el hospital. Se le practicó radioterapia del simpático y baños generales de permanganato. A las dos sesiones se detuvo el brote y paulatinamente ha ido mejorando el estado general.

Dr. Sáinz de Aja: Dice que este caso y el suyo corroboran el pronóstico último que existe entre la función lumbar evacuadora y la radioterapia paravertebral, hasta el punto que en su criterio pudieran ultimarse ambos procedimientos.

Dr. Bejarano: Expone a continuación su trabajo titulado «Alteraciones del metabolismo hidrocarbonado en sus relaciones con el prurito y las afecciones pruriginosas».

Comienza afirmando que el prurito es uno de los síntomas más molestos para los enfermos y hasta por su rebeldía muchas veces para el propio médico. Por este motivo se han multiplicado las investigaciones en el sentido de averiguar una causa de estos llamados pruritos antitóxicos. Unos de los factores que con mayor frecuencia se han invocado son aquéllos que se relacionan con el metabolismo de los hidratos de carbono, en el sentido de una hiperglucemia.

El motivo concreto de esta comunicación se encuentra en ocho casos de su observación personal, en los que se observaron cifras de glucemia oscilantes entre 0,85 y 0,46. En estos casos, por lo tanto, no sólo no había aumento de las cifras de glucosa, sino que, por el contrario, encontrábase ésta en franca disminución. Dáduse de este hecho que puede coexistir el prurito con cifras bajas de glucemia. Cabe, sin embargo, preguntarse ante estos casos si la hipoglucemia era responsable del prurito o se trataba únicamente de coincidencias fortuitas. Muchos autores que se han ocupado de las relaciones de la glucemia con la producción de dermatosis han señalado algunas de ellas íntimamente ligadas a la hipoglucemia.

A continuación estudia el llamado síndrome hipoglucémico que se obtiene experimentalmente en los animales por la extirpación del hígado y en el hombre por la administración de insulina. Puede afirmarse también que este mismo síndrome puede presentarse en la clínica de un modo espontáneo. Este síndrome se caracteriza por la vaguedad de su sintomatología: labilidad vasomotora, inestabilidad, sudores, mareos, sensación de hambre angustiosa, etc. Presenta este síndrome una identidad sintomatológica absoluta con la llamada reacción adrenálica. En los casos más avanzados preséntanse diplopia y convulsiones de tipo tan epileptiforme que se hace difícil el diagnóstico diferencial con la epilepsia esencial.

En muchos enfermos con prurito obsérvanse síntomas de hipoglucemia, siendo en estos casos aquél mucho más rebelde y tenaz que en la hiperglucemia.

En vista de lo expuesto opina el comunicante que debe valorarse cuidadosamente la cifra de glucemia en los casos de pruritos llamados esenciales. La relación más o menos inmediata entre el prurito y los trastornos del metabolismo es evidente.

Para poder establecer debidamente la relación entre una dermatosis y la cifra de glucemia no es suficiente establecer la determinación en ayunas. Es absolutamente imprescindible efectuar la curva de glucemia, según la técnica habitual. Gracias a ella pueden distinguirse las glucemias debidas a trastornos endocrinosimpáticos de la diabetes genuina.

Existe actualmente una nueva investigación que por las delicadezas de su técnica no ha entrado aún en la práctica habitual. Refiérese ésta a la tasa de azúcar en la piel, la cual, según quienes la han realizado, marcha paralela a la de glucemia.

La curva de glucosa es más prolongada tanto en la piel como en la sangre, en la diabetes genuina que en los trastornos del metabolismo hidrocarbonado debidos a disfunciones endocrinosimpáticas.

Lo esencial en resumen de esta comunicación era mostrar sus ocho casos de coincidencia de prurito e hipoglucemia.

Dr. Hombría: Felicita al comunicante por su brillantísima comunicación, y en apoyo de sus asertos cita un caso de hipoglucemia por insulina que fué acompañado de un aumento del habitual prurito que sufría esta enferma diabética.

Dr. Sáinz de Aja: Recuerda una aportación en este sentido que llevó a la Academia hace unos años. En ella citaba unos casos de prurito curados con inyecciones de suero glucosado, lo cual forma un argumento más en el sentido de las apreciaciones del Dr. Bejarano.

Dr. Bejarano: En su rectificación afirma que en el guión que traía para su comunicación venían citados los casos de Aja. Otro hecho que apoya las relaciones entre prurito y la hipoglucemia es el empeoramiento que se nota en muchos casos ante las restricciones alimenticias espontáneas que se imponen los enfermos, ya que, según parece debidamente comprobado, el hambre está regulada por las cifras bajas de glucosa en sangre.

Dr. Covisa: Presenta una comunicación con motivo de «Un caso de pénfigo vegetante». Se trata de un enfermo de treinta y ocho años cuyos antecedentes carecen de importancia. Presentaba en ambas ingles y cara interna de los muslos unas lesiones húmedas y vegetantes identificables en un todo con una sífilide de este tipo. El examen ultramicroscópico fué negativo, así como la serología. La biopsia condujo al diagnóstico de pénfigo vegetante.

Con motivo de este caso extiéndese el comunicante en consideraciones sobre esta enfermedad. El pronóstico del pénfigo es fatal en un espacio de tiempo que varía entre dos y seis meses. Se han descrito, sin embargo, formas espontáneamente benignas, como en algún caso de su personal observación.

Todas las dermatosis pueden vegetar, unas veces por su localización (flexuras), otras por su etiología. Las piodermitis vegetantes son las más frecuentes. Las restantes, como de cimos, pueden igualmente evolucionar de este modo por localización o idiosincrasia. Hallopean describió una piodermitis de focos múltiples y de progresión excéntrica que más tarde rectificó, considerándolas como formas benignas del pénfigo vegetante. Otros muchos autores, por el contrario, continúan admitiendo como una entidad clínica determinada las piodermitis de Hallopean.

Hay, por lo tanto, en su criterio que distinguir tres formas diferentes de dermatosis vegetantes: pénfigo maligno, benigno y otras dermatosis vegetantes.

En último término proyecta las fotografías de una enferma vista por él hace unos años cuyo estado general era

cada vez más grave y que, trasladada a su casa, a los pocos meses curó espontáneamente. — *Dr. M.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 28 de Abril de 1931.

Presidida a medias por el Dr. Mariscal y el Dr. Olea.

El Dr. Ortega de nuevo interviene en la discusión del tema «Peligros del uso y del abuso de las bebidas alcohólicas exógenas, etc.», insistiendo en considerar como muy problemáticas las pretendidas cualidades alimenticias del vino; de poca necesidad y eficacia para los hombres desde el punto de vista fisiológico; no perjudicial al organismo siempre que el vino reúna a su poca gradación el uso moderado, y la condicional de salubridad del individuo a quien en determinados casos pudiere resultar perjudicial..., concluyendo por estimular al Dr. Decref a que sintetice sus conclusiones en las cinco últimas, en que a su parecer está condensado cuanto es pertinente al efecto.

El Dr. Decref a su vez ratifica y afirma cuanto en la defensa de su tema ya insistentemente lleva demostrado; y llama la atención hacia los respetables y difundidos intereses que se ponen en entredicho al desencauzar la discusión, en estos momentos desviada y desquiciada de su natural y verdadero objetivo.

El Dr. Ortega antes de reanudar el tema «El problema de la rabia», en la anterior sesión suspendido por haber transcurrido el tiempo reglamentario, malhumorado y contrariado se lamenta de que ahora por idéntico motivo quizá también se vea precisado a interrumpirlo.

El Dr. Olea, que en este preciso momento presidía, arguye (con razón a juicio de la generalidad de los presentes al acto que *a posteriori* comentaron el incidente) que ni a él puede ser imputable la corta duración de las sesiones, ni al proceder en la forma que lo hace se desvía para nada de sus atribuciones como presidente. Aquietado ya el inoportuno e innecesario desahogo, el Dr. Ortega repite y amplía cuanto ya conocido en la materia creyó conveniente decir..., dando se por terminada la sesión. — *Sedisa.*

BARCELONA

SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA Y ELECTROLOGÍA

Sesión del 21 de Febrero de 1931.

NECESIDAD DE LLEGAR A ESTUDIAR EN UNIDADES «R» INTERNACIONALES LOS ERITEMAS DE TRABAJO EN ESPAÑA CON LOS RAYOS X

Dr. Vicente Carulla Riera: Después del último Congreso de Radiología celebrado en Estocolmo, la unidad *r* ha sido aceptada como unidad internacional en radioterapia. A pesar de los defectos de la unidad internacional hoy establecida, es evidente que el uso de esta unidad permite unificar más el lenguaje de la técnica radiológica. De momento debe usarse por comodidad y por acostumbrarse a una disciplina de lenguaje científico que permita entenderse mejor. Es sabido que para usar esta unidad es preciso servirse de determinado instrumental y técnica *ad hoc* al caso. Los alemanes tienen sus Institutos donde se hace medida directa en unidades electroestáticas de la corriente de ionización bajo un tubo de rayos X. Luego puede utilizarse el aparato de Kutzne para servirse bajo las garantías de un control de comparación hecha oficialmente en aquellos Institutos. Deben poseerse estos aparatos, y a este efec-

to el servicio de Terapéutica Física del Hospital de Barcelona hace ya dos años que los tiene.

Se ha podido llegar a la conclusión de que la base de eritema biológico usado en Barcelona, medido con r internacionales, es mucho más alta que otros países, pues siendo en Alemania de 650 r , el disertante encuentra 1.000 r . Es notable esta diferencia porque los alemanes dicen rotundamente que con 1 000 r se producen lesiones. La técnica del control y producción de eritema biológico de aquí no difiere de la forma de, operar de los alemanes. Cree el disertante que esta Sociedad de Radiología podría intervenir para explicar estas diferencias haciendo un estudio de las dosis con r según crean los especialistas de aquí, después de estudiar las reacciones y su valorización en r cada uno de los especialistas.

Aboga en que se hable con r , pues si no las publicaciones españolas no serán conocidas.

Sesión del 20 de Marzo de 1931.

EL LÍMITE DE LA TOLERANCIA DE LA PIEL
CON LAS TÉCNICAS MODERNAS DE RADIOTERAPIA

Dr. V. Carulla: Hace pocos años, al empezar la radioterapia profunda a adquirir toda su importancia, el uso del eritema tipo Wintz representó una novedad; hoy ya no merece ninguna importancia. La encuesta hecha en Alemania demuestra que la medida en el aire con unidades r del eritema biológico tipo Wintz en sus habituales condiciones ya conocidas es de 550 r , y Wintz mismo encuentra 650. El disertante ha encontrado entre sus enfermos 1.000 r . Gunzett llega a dar dosis de 1.000 r también sin peligro, tipo de irradiación Wintz. Eso indica que el límite medio de los alemanes puede ser sobrepasado sin peligro. La técnica de tratamiento o distribución de la dosis y de filtraje permite verdaderos milagros en cuanto a tolerancia de las dosis; por eso Contard puede dar aquellas dosis que representan cinco y seis veces las 650 r de Wintz. Un buen filtraje de 1 a 2 milímetros de cobre y la distribución de esta dosis en dos o tres semanas explica esta posibilidad. El disertante explica que en la región del cuello con un milímetro y medio de cobre, repartiendo la dosis en doce días por campo, tiene que pasar de 2.500 r para llegar a conseguir ligeras radioepidermitis que curan sin rastro. Eso es causa de una mejora en el resultado sobre las lesiones neoplásicas en las profundidades. Consigne así un decalaje beneficioso entre la dosis de más grande tolerancia de la piel y la realidad de un efecto biológico más intenso en la profundidad.

Filtrando más intensamente y alargando el tiempo se puede, pues, lograr sobre la piel márgenes lejanas de tolerancia con relación a la interpretación de las 650 r dadas por Wintz como término de tolerancia, cosa explicable porque las 650 r del profesor de Erlangen son la interpretación física de una dosis biológica menos filtrada y administrada rápidamente.—*F. Wüst Berdaguer.*

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Dirección general de Sanidad.

REAL ORDEN NÚM. 82

Excmo. Sr.: Con el fin de dar cumplimiento al art. 8.º del Real decreto de 2 de Abril último sobre reorganización de la «Liga Española contra el Cáncer»,

S. M. el Rey (q. D. g.) se ha servido disponer que se

aprueben los adjuntos Estatutos por los cuales ha de regirse, en lo sucesivo, el citado organismo.

Lo que de Real orden comunico a V. E. para su conocimiento y efectos. Dios guarde a V. E. muchos años. Madrid, 19 de Febrero de 1931.—*Hoyos*—Señor director general de Sanidad.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Una nueva presentación del **Hemostyl:**

HEMOSTYL-VINO

(Sangre hemopoiética total y excipiente. — Moscatel añejo.)

Ofrece las ventajas siguientes:

Producto
muy ligero,
muy digerible
y excelente para los

Anémicos
anoréxicos
o asténicos.

Muy agradable durante las épocas de calor.

Dos vasos de los de licor al día.

Literatura y muestras: **LABORATORIO A. AMOR GIL**
Calle de Fuenterrabía, 1.— MADRID

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

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

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

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

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

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL

HIGADO

POR LA

BOLDORHÉINE

Insuficiencias hepáticas ligeras en todas sus formas con o sin ictericia con o sin litiasis Hígado paludoso

USO
En capsulitas ovales en las comidas con un poco de agua

DOSIS
2 a 4 diarias por periodos alternos de 8 a 10 dias

Laboratoire de Pharmacologie Générale, 8, Rue Vivienne, PARIS.

OXYGENASE

lleva al Organismo para su defensa y su mejor funcionamiento una selección racional de catalizadores minerales

Dosis
6 grajeas diarias o sea, dos antes de cada comida

VITAMINAS CONCENTRADAS

LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE GÉNÉRALE, 8, Rue Vivienne, PARIS (2^a)



De venta en todas las farmacias.

Unica Medicación de las ENFERMEDADES del HIGADO



reuniendo las OPOTERAPIAS HEPATICA Y BILIAR con los COLAGOGOS más activos.
2 a 12 PILDORAS al día 6 1 a 6 cucharaditas de postre de 10 Gr. de SOLUCIÓN

ESTREÑIMIENTO Y AUTOINTOXICACION INTESTINALES



Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE SUPOSITORIOS Y ENEMA

1 supositorio cada día 6 1 a 3 cucharaditas de las de café de Rectopanbiline en solución en 160 gramos de agua hervida caliente. Mitad en los niños

Muestra y Literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardecho) FRANCE. Representantes en ESPAÑA: Giménez Salinas y C.^a, Sagoés, 2 y 4.-BARCELONA (S. G.)



Real Fen

Apetito

Peso

Fuerza

Literatura, muestras e informes

I. RODRIGO

Ap. 4.075 — MADRID — Tel. 35.407

Ayuntamiento de Madrid

y autorizará con su firma todos los nombramientos de personal.

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

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

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

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

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

El Consejo de Administración se compondrá de un Comité ejecutivo cuyos miembros serán nombrados de Real orden y un número de consejeros no mayor de treinta ni menor de quince.

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

De un delegado regio que ejercerá las funciones de presidente;

De un vicepresidente, que será la presidenta de la Junta de damas;

Del director técnico del Instituto Nacional del Cáncer;

Del secretario general;

Del tesorero, y

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Madrid, 19 de Febrero de 1931.—El director general, *J. A. Palanca*. (*Gaceta* del 22 de Febrero.)

Liga Española contra el Cáncer. Confirmando su carácter oficial.

DECRETOS

El cambio de régimen político, impuesto en España por la voluntad del país, implica radicales modificaciones de distintos Patroatos directivos de varios organismos que hasta el presente y bajo su autoridad han venido funcionando, y siendo uno de ellos la Liga Española de Lucha Contra el Cáncer, como presidente del Gobierno provisional de la República, y de acuerdo con el mismo, vengo en decretar lo siguiente:

1.º Que se confirme el carácter oficial de la Liga Española Contra el Cáncer y sus Estatutos en la forma que implica la publicación del presente Decreto.

2.º Que se admita la dimisión de comisario regio de la Liga Española Contra el Cáncer a D. Jorge Silvela y Loring.

3.º Que queden sin efecto los nombramientos de los distintos cargos del Comité ejecutivo de la Liga Española Contra el Cáncer hechos por las Reales órdenes de 17 de Enero de 1930 y de 26 de Enero de 1931.

4.º Que se confirme en el cargo de director del Instituto Nacional del Cáncer al Dr. D. José Goyanes Capdevila.

5.º Que se autorice al director del Instituto Nacional del Cáncer a asumir personalmente y con carácter provisional las funciones administrativas que se hallaban adscritas al cargo de comisario regio administrador de la Liga.

6.º Que se constituya una Junta técnica, presidida por el director del Instituto e integrada por el subdirector del mismo, D. Pío del Río-Hortega, los jefes de Sección de los Laboratorios Dres. D. Luis Rodríguez Illera y D. Francisco Martínez Nevot, por el Dr. D. Carlos Gil y Gil, jefe de la Sección de Radiología (que actuará de secretario), y por los jefes de Clínica Dres. D. Juan Antonio Gutiérrez Balbás, D. José Die Más, D. Ricardo Noya López y D. César Campesino y García Sierra, encargada provisionalmente de asumir las funciones administrativas y directivas que ejercía el Comité ejecutivo de la Liga.

7.º Que por el Ministerio de la Gobernación se nombren en su día las personas que hayan de ocupar los cargos del Comité ejecutivo de la Liga, asesorándose para ello del director general de Sanidad, del presidente de la Diputación provincial y del director del Instituto, dadas las jurisdicciones respectivas que éstos ejercen en los distintos servicios que integran el Instituto Nacional del Cáncer.

Dado en Madrid a 20 de Abril de 1931. — El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá Zamora y Torres*. — El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*.

Cruz Roja Española. Disponiendo que con su actual organización y servicios pase a depender directamente de la Dirección general de Sanidad.

Resultando actualmente la Cruz Roja Española sin elementos directivos, dada la trascendencia de su misión médicosanitaria, y teniendo en cuenta la conveniencia de concertar sus servicios en todos los órdenes con otros de análogo carácter dependientes del Ministerio de la Gobernación, con lo cual se persigue intensificar su funcionamiento y se espera un mayor rendimiento utilitario:

Como presidente del Gobierno provisional de la República,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo único. La Cruz Roja Española, con su actual organización y servicios (hospitales, dispensarios, consultorios y demás instituciones), pasará a partir de esta fecha a depender directamente, tanto en su aspecto técnico como administrativo, de la Dirección general de Sanidad en el Ministerio de la Gobernación, cuyo Centro dictará las normas de reorganización que considere oportunas en consonancia con el carácter internacional de la entidad.

Dado en Madrid a 20 de Abril de 1931. — El presidente del Gobierno provisional de la República, *Niceto Alcalá-Zamora y Torres*. — El ministro de la Gobernación, *Miguel Maura*. (*Gaceta* del 21 de Abril de 1931.)

Estaciones sanitarias, servidas por personal del Cuerpo de Sanidad Nacional y a las que corresponde tener inspector veterinario higienista.

CIRCULAR

Dispuesto por Real orden de 10 de Septiembre de 1930, que antes de terminar el tercer ejercicio deben conocer los opositores las plazas vacantes para la elección de las que, conforme al orden que sean calificados, puedan optar, y publicadas en la Real orden de 12 de Marzo de 1931, la relación de zonas chacineras para las que hayan aprobado la primera parte de aquél, esta Dirección general ha dispuesto que se publique la relación de las estaciones sanitarias de puertos y fronteras, servidas actualmente por personal del Cuerpo de Sanidad Nacional, que tendrán inspector veterinario higienista, y a las que podrán optar conforme a lo dispuesto los que aprueben la segunda parte de dicho tercer ejercicio, que comenzará el día 11 del próximo mes de Mayo, en la forma preceptuada, aprobada por esta Dirección en la *Gaceta* de 2 de Diciembre último, y en el lugar y hora que se anunciará oportunamente.

Madrid, 21 de Abril de 1931. — El director general, *M. Pascua*.

Relación que se cita en la precedente Circular de las Estaciones sanitarias de puertos y fronteras servidas actualmente por personal del Cuerpo de Sanidad Nacional, a las que corresponde tener inspector veterinario higienista.

Algeciras, Barcelona, Bilbao, Cádiz, Cartagena, Celta, Coruña, Gijón, Huelva, Las Palmas, Mahón, Málaga Melilla, Palma de Mallorca, Santander, Santa Cruz de Tenerife, Valencia, Vigo, Tarragona, San Sebastián-Pasajes, Sevilla-Bonanza, Almería, Aguilas, San Esteban de Pravia, Avilés, Santa Cruz de la Palma, Puerto de la Cruz, Alicante, Castellón, Gandía, Sagunto Canet, Torrevieja, Villagarcía, Irún y Port-Bou. (*Gaceta* del 22 de Abril de 1931.)

ÓRDENES CIRCULARES

Ilmo. Sr.: Como aclaración a la Real orden de este departamento número 663, de 6 de Agosto de 1930, publicada

en la *Gaceta* correspondiente al día 8 del mismo mes y año, por la que se establecía que en todos los puertos abiertos al comercio marítimo en los que no exista Inspección local sanitaria, y en tanto las circunstancias no aconsejen su creación, fuesen los inspectores municipales de Sanidad los encargados de desempeñar las funciones señaladas en el artículo 48 del vigente Reglamento de Sanidad exterior.

Este Ministerio, de conformidad con la propuesta de la Dirección general de V. I., se ha servido resolver en el sentido de que en las poblaciones que se encuentren en el caso mencionado y cuenten con más de un Inspector municipal de Sanidad, sea el más antiguo de éstos el que desempeñe las referidas funciones, con excepción, claro es, de las que sean cabeza de partido judicial, en las cuales continuarán ejerciendo dichas funciones los subdelegados de Medicina y siempre en constante y directa relación unos y otros con los inspectores de los respectivos Distritos sanitario marítimos.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos correspondientes. Madrid, 23 de Abril de 1931.—P. D., M. Pascua.—Señor director general de Sanidad.

Ilmo. Sr.: Recibidas en este Departamento gran número de instancias de individuos pertenecientes a la plantilla del personal técnico-auxiliar del Cuerpo de Sanidad Nacional, en solicitud de que sea modificado, haciéndolo a la vez más práctico y sencillo el uniforme que viene obligado a adoptar en actos del servicio.

Este Ministerio, considerando atendibles aquellas peticiones, se ha servido disponer lo siguiente:

1.º Los uniformes que en actos del servicio usará obligatoriamente el personal técnico-auxiliar del Cuerpo de Sanidad Nacional serán los que se indican:

De diario: Traje de mecánica (tela de Mahón), compuesto de guerrera con cuello vuelto y una sola fila de botones negros, pantalón de igual tela, gorra de visera azul tina, con barboquejo negro y en el frente la Cruz de Malta y las dos ramas de laurel y palma del emblema de Sanidad Nacional.

Para otros actos del servicio, el mismo uniforme, pero de paño azul tina con botones dorados.

Prenda de abrigo: Pelliza de paño azul tina con botones negros.

Prenda de agua: Impermeable azul oscuro.

Para actos del servicio dentro de establecimientos y dependencias sanitarias (hospitales, sanatorios, laboratorios, etcétera), se usará blusa blanca con la Cruz de Malta y las dos ramas de laurel y palma, del emblema de Sanidad Nacional, bordada en seda amarilla.

2.º En un plazo no mayor de dos meses, a partir de la publicación de la presente Orden en la *Gaceta de Madrid*, todo el personal mencionado deberá adoptar los modelos de uniforme que se señalan, quedando derogados los apartados E) y F) de la Real orden de 28 de Enero de 1925.

Lo que comunico a V. I. para su conocimiento y efectos oportunos, Madrid, 23 de Abril de 1931.—P. D., M. Pascua.—Señor director general de Sanidad.

GOBIERNO PROVISIONAL DE LA REPUBLICA

Nombramiento. Médico del Aeropuerto civil de Madrid.

ORDEN

Excmo. Sr.: De conformidad con lo propuesto por la Junta Central de Aeropuertos, según su acuerdo de la sesión de

23 de Marzo último, el Gobierno provisional de la República española dispone sea nombrado provisionalmente médico del Aeropuerto civil de Madrid (sito en Barajas), con la remuneración anual de 4 000 pesetas, con cargo a los fondos de que dispone la Junta Central de Aeropuertos, D. Alvaro Elices Gasset, que desempeña actualmente el cargo de médico de la Dirección general de Navegación y Transportes Aéreos para el reconocimiento de pilotos civiles, continuando también en este último cargo.

Lo digo a V. E. a los efectos consiguientes. Madrid, 17 de Abril de 1931.—Alcalá Zamora.—Señor director general de Navegación y Transportes Aéreos y presidente de la Junta Central de Aeropuertos. (*Gaceta* del 19 de Abril de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 706,07; ídem mínima, 696,07; temperatura máxima, 21°,01; ídem mínima, 6°,01; vientos dominantes, O., OSO. y NO.

Son muy escasas las variaciones observadas en el estado de la salud pública durante la última semana, a pesar de haber sido frecuentes y notables los cambios en la temperatura y la presión barométrica reinante. La mortalidad no ha aumentado; en las enfermedades agudas no se ha observado ninguna tendencia epidémica y la salud infantil se conserva en términos bastante favorables.

CRONICAS

Colegio de Médicos de Madrid.—Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el día 13 del corriente, a las siete de la tarde, se celebrará Junta general ordinaria con arreglo al art. 91 del Reglamento y al siguiente orden del día:

1.º Acta de la anterior; 2.º Estado de cuentas del mes de Abril; 3.º Detalles para la publicación del *Boletín*, y 4.º Ruegos y preguntas.

La Junta se celebrará en el local del Colegio (Esparteros, 9).

Forensías.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Oviedo se halla vacante, por fallecimiento de D. Celestino Pumares, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por traslación conforme a lo prevenido en el artículo 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Oviedo por conducto del juez del partido en que presten sus servicios hasta el 27 de Mayo.

Madame Curie en Madrid.—Invitada por la Sociedad de Cursos y Conferencias, se encuentra en Madrid madame Curie, que ha dado el jueves último una interesante conferencia en la Residencia de Estudiantes sobre «La radioactividad y la evolución de la ciencia».

En los círculos científicos ha despertado gran interés la visita de esta personalidad, mundialmente conocida por sus investigaciones sobre radioactividad.

EL SIGLO MEDICO le envía desde estas columnas su bienvenida.

De la «Gaceta».—9 Abril: Gobernación.—Real orden disponiendo que la plaza de médico clínico del Servicio de la Profilaxis, de Soria, se incluya en la convocatoria de anuncio de otras plazas análogas, aprobada por Real orden de 23 de Febrero último.

—8 Abril.—Fijando las fechas de 1.º de Junio de 1931 y mediados de Febrero de 1932 para que verifique la prueba de aptitud el personal médico que ocupa cargos depen-

dientes de los Institutos provinciales de Higiene y de las Instituciones sanitarias, y que desee tomar parte en oposiciones a vacantes correspondientes al Cuerpo de Sanidad Nacional.

Instrucción Pública.—Anunciando a concurso de traslado la provisión de la Cátedra de Histología y Técnica micrográfica y Anatomía patológica, vacante en la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

Colegio de Huérfanos.—Sigue funcionando con toda regularidad la Junta directiva nombrada en substitución del cargo potestativo de director, según los Estatutos vigentes, y como consecuencia de ello verifican los señores que componen dicha Junta visitas semanales y aun diarias a los Colegios de niños de Madrid, de niñas de Pinto y de niñas en preparación de carreras superiores domiciliadas en la Institución de San Lorenzo. La marcha de la enseñanza, por su escrupulosa regularidad, permite esperar un resultado en los exámenes aún más favorable que el del año anterior, con haber éste sido el más brillante en los doce años de funcionamiento de la próspera Institución. Lo mismo puede augurarse de los alumnos que siguen sus estudios de oficios y preparación en los Salesianos de Sarriá.

Los médicos de la Cruz Roja.—El Cuerpo médico de la Cruz Roja se reunió el día 27 de Abril en sesión extraordinaria en el Colegio de Médicos para cambiar impresiones sobre la nueva estructuración que esta entidad va a tener en lo sucesivo.

La sesión fué presidida por el Dr. García del Real.

Por unanimidad se aprobó la intervención directa de la representación médica en los organismos directivos, la necesidad de confeccionar un escalafón de médicos de la Cruz Roja, el nombramiento de inspector o inspectores, a cargo exclusivo de médicos; las reformas y dotación que precisan los consultorios, el aumento de camas asignadas a las distintas Comisiones, el perfeccionamiento del servicio móvil de ambulancias y la necesidad de que los camilleros y clases administrativas posean una educación sanitaria, imprescindible para su actuación.

Todos los puntos fueron detenidamente discutidos por los Dres. Becerro de Bengoa, Otaola, Sanz Beneded, Morales, Calderin, Unzaga, Ortiz y Alberca.

Instituto Iby.—En Junta pública de señores accionistas ha presentado la dimisión del cargo de presidente del Consejo de Administración del Instituto Iby, nuestro director, D. Carlos María Cortezo, que venía desempeñándolo durante su próspero desarrollo hasta la actualidad.

Noticias.—La sesión científica que la Academia Española de Dermatología y Sifiliografía tenía anunciada para el día 6 de los corrientes ha quedado aplazada para el miércoles 13.

—A su paso para París, Mme. Curie se detuvo unas horas en Barcelona, donde fué recibida y agasajada por el cónsul de Francia, por el director del Instituto Francés, por el Dr. Pi y Suñer y por el alcalde de la ciudad.

En el expreso de la noche continuó su viaje.

—A los noventa y cuatro años de edad ha fallecido en Montevideo el súbdito español D. Francisco Dorrego, que deja una cuantiosa fortuna. Por su testamento lega para hospitales y escuelas 800.000 pesos.

—Por acuerdo de la Dirección general de Seguridad ha sido substituido el nombre del Dispensario Martínez Anido. En lo sucesivo se llamará Dispensario Olavide, honrando así la memoria del ilustre dermosifiliógrafo doctor Olavide. Los dos dispensarios antivenéreos de Madrid ostentan ya los nombres de los Dres. Azúa y Olavide, maestros de la actual generación de sifiliógrafos españoles.

—El partido de Tarragona ha pedido la adhesión de todos los médicos catalanes a los siguientes acuerdos:

1.º Solicitar de la Diputación que abone a los médicos de la Casa Provincial de Beneficencia sueldo igual al de los otros empleados a quienes se exija título profesional.

2.º Que las plazas de médico substituto de dicha Casa Provincial sean retribuidas con 100 pesetas mensuales.

3.º Que de querer mantener la gratuidad de esas plazas se amortice la vacante producida por defunción del Dr. Rabadá y las que vayan produciéndose.

4.º En caso de anunciar concurso o querer hacer algún nombramiento para esas plazas, que nadie las concurre ni acepte.

—En la Diputación de Huesca se ha impuesto la Medalla del Trabajo al médico de Ayerbe D. Ricardo Monreal.

—Una Comisión de médicos-maestros, formada por doña Luz Navarro, D. José García Pérez, D. Amador Pereira y D. Segismundo Garzón ha visitado al director general de Primera enseñanza para pedir la revisión del concurso.

—El Ayuntamiento de Alcalá de Henares acordó solicitar la Medalla del Trabajo para el médico titular don Santiago Cifuentes Huertas.

—En virtud de oposición ha obtenido la plaza de profesor auxiliar de Ginecología en la Facultad de Medicina de Madrid el Dr. D. Jesús García Orcyón.

—Ha sido nombrado rector honorario de la Universidad de Valencia D. Juan Bartual y Moret, catedrático numerario de la Facultad de Medicina de la mencionada Universidad.

Instituto Antituberculoso de las Peñuelas.—Este Instituto organiza para los días 25 al 30 de este mes, ambos inclusive, *La Semana del Neumotórax*, que estará dedicada a la enseñanza teórica y práctica de esta intervención, sus indicaciones, técnica, complicaciones, etc.

Sólo serán admitidos doce alumnos médicos, y conveniría que únicamente lo solicitasen quienes puedan disponer de aparatos de rayos X en las localidades en que ejerzan.

La enseñanza estará a cargo de los Dres. Blanco, Crespo, Partearroyo, Tapia (D. Manuel) y Verdes Montenegro.

Aquellos a quienes este cursillo interese inscribanse dirigiéndose al director del Instituto, Ercilla, 7.

Obras recibidas.—«Estudio químico y terapéutico del ozono» Discurso de ingreso del Dr. Angel Marín Carralé y contestación del Dr. Vicente Gómez Salvo, en la Real Academia de Medicina de Zaragoza, en el mes de Marzo de 1931.

—«Utilidad para el farmacéutico del conocimiento y estudio de las vitaminas». Discurso de ingreso del farmacéutico D. Joaquín Midón y Andía y contestación del doctor D. Eduardo Pastor Guillén, en la Real Academia de Medicina de Zaragoza. 29 de Marzo de 1931.

—«Influencia de la alimentación en el desarrollo físico del escolar», por el Dr. Sáinz de los Terreros. Folleto.

Silisode.—Con el número presente acompañamos un prospecto y tarjeta del indicado producto, recomendando su lectura y pedido de muestras a D. M. Beneyto, Antonio Maura, 5 y 7, Madrid, Apartado 648.

Barachol.—Con el número presente acompañamos prospecto interesante del preparado perfecto *Barachol*, recomendando su lectura.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

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

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

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

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

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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