

# EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SÁBADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

## 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..... }

### PRIMERA DENTICIÓN

## JARABE DELABARRE

Facilita la Salida de los Dientes

Calma los Gritos del Niño

Evita los Accidentes de Dentición

En suaves fricciones  
en las Encías

Establecimientos FUMOZE

78, Faubourg Saint-Denis, París



Reconstituyente muy Enérgico

## CARNINE LEFRANCO

Jugo de Carne de Buey Cruda

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

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

1 ó 2 cucharadas de las de sopa por día

ESTABLECIMIENTOS FUMOZE, 78, Fg Saint-Denis, PARIS



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

**PHOSPHORRENAL**  
(NOMBRÉ REGISTRADO)  
**ROBERT**  
RECONSTITUYENTE.  
Los Sres. Médicos lo  
recomiendan en las tres formas:  
GRANULADO, LIQUIDO e INYECTABLE.  
FARMACIA ROBERT. LAURIA 74. BARCELONA

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

**PEPTOYODAL**  
TODO ORGANICO EN  
LIQUIDO e INYECTABLE  
**ROBERT**  
PREPARADO POR J. ROBERT, MESTRE  
FARMACÉUTICO  
FARMACIA ROBERT - LAURIA 74. BARCELONA

**ARPHON ROBERT**  
reconstituyente inyectable

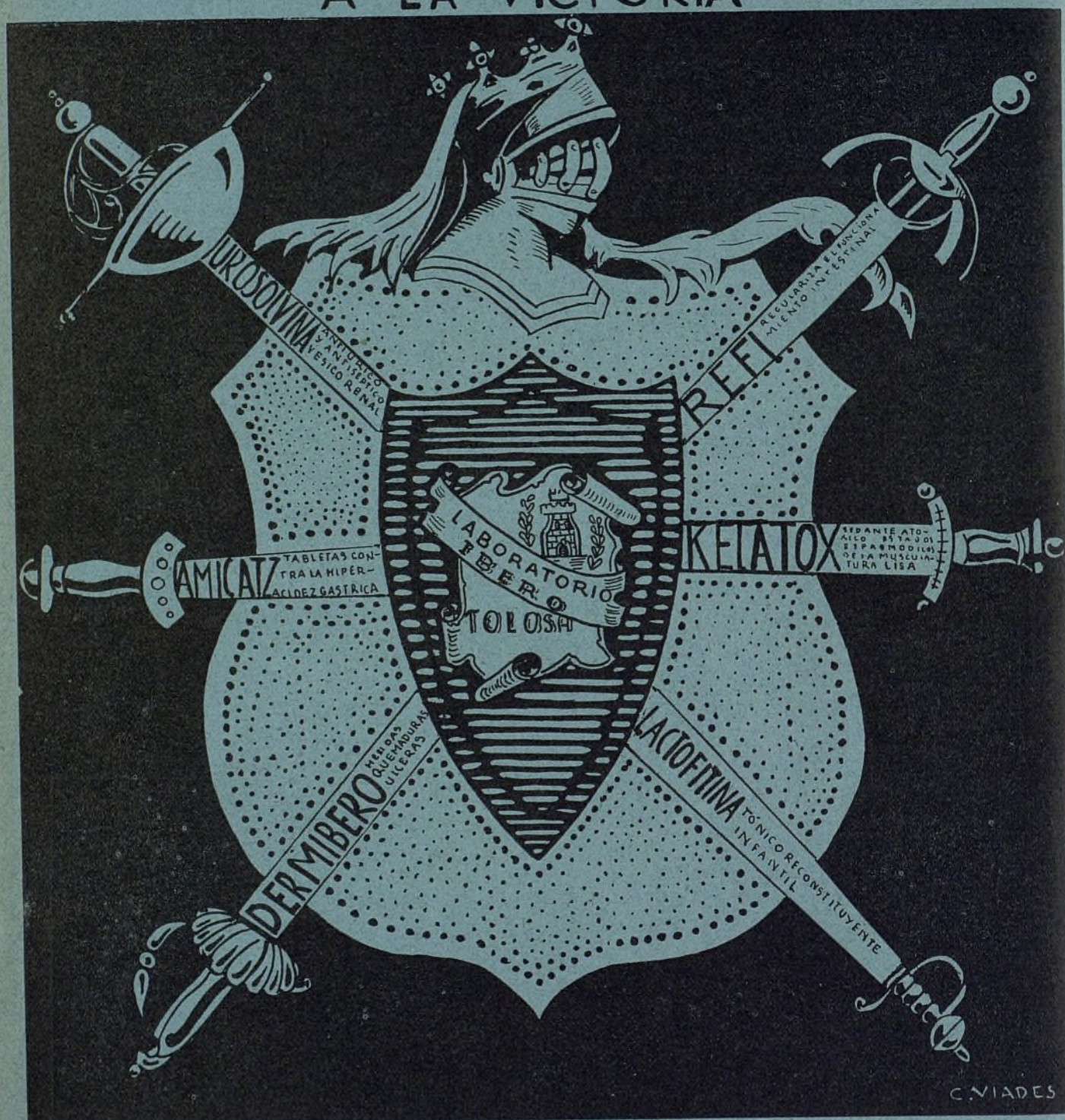
a base de  
**cacodilato, fósforo y estricnina**  
en cajas de 1.2.3 ó 4 c.c., según criterio médico  
**EXISTE OTRA SERIE**  
**IGUAL SIN ESTRICNINA**  
LABORATORIO DE  
*José Robert Mestre*  
Barcelona



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



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



MUESTRAS Y LITERATURA  
A DISPOSICIÓN DE LOS SRS. MEDICOS



o nula. Cuando se produce antes de esa época, y sobre todo si se produce en los cinco años primeros de la vida, la pelvis es ligeramente asimétrica. Muchas veces la exploración por medio del tacto es insuficiente para descubrir esta anomalía y solamente los rayos X permiten ponerla de manifiesto. Por tanto, estas enfermas podrán dar a luz sin dificultad alguna. Otra cosa sucede cuando la escoliosis es la consecuencia de un raquitismo, porque entonces a las deformidades de la columna vertebral y a su repercusión sobre la pelvis se suma la deformidad de la pelvis producida por el raquitismo mismo. En este caso la conducta del médico se atenderá a lo que hemos dicho para la pelvis raquíctica.

La lordosis modifica corrientemente la dirección de la pelvis, pero modifica poco sus diámetros. Muchas veces al tratar de explorar a una enferma lordósica el médico tendrá necesidad de levantar por medio de una almohada la pelvis de la enferma para poder hacer el tacto. Esta misma corrección de la dirección pelvis es muy ventajosa para facilitar el parto.

En cambio, la cifosis tiene una importancia enorme para el mecanismo del parto, porque en la mayoría de los casos se debe a una lesión mucho más grave que las que producen las demás deformidades. Desde luego, produce la cifosis una alteración de la orientación de la pelvis, en el sentido de hacerla mucho más horizontal, pero lo más importante es que desplazando hacia atrás la base del sacro desvía hacia adelante la punta del mismo y crece una deformidad que se llama la pelvis cifótica, o sea la pelvis en embudo, porque teniendo un estrecho superior normal o excesivamente ancho tiene un estrecho inferior sumamente angosto. Parece ser que esta desviación del sacro es la consecuencia de que este hueso toma parte en una curvatura de compensación, y por esto su desviación es tanto mayor cuanto más cerca del sacro se encuentra la cifosis. Sufre este hueso un movimiento de rotación alrededor de un eje transversal que va de una articulación sacroilíaca a la otra; la parte superior del mismo se dirige hacia atrás y la parte inferior hacia adelante.



La estrechez de la pelvis, consecuencia del raquitismo, suele ser una causa de distocia, aunque de importancia variable, para la madre y para el feto. El pronóstico no es grave para la madre si se reconoce a tiempo la estrechez pélvica y se procede en consecuencia, sobre todo si se atiende bien a la asepsia antes del parto y durante él. De todos modos, como quiera que el parto tarda más tiempo en terminar y requiere intervenciones con más frecuencia que en las pelvis de forma normal, siempre resulta mayor el peligro de infección. Algunos de los peligros que tenía este vicio de la pelvis no deben existir en la actualidad si el médico procede serenamente, pues se debían al desconocimiento de la existencia de la estrechez, con mucha frecuencia infranqueable, y a la pésima costumbre de administrar a las enfermas medicamentos entócicos para exagerar las contracciones uterinas. La consecuencia era muchas veces la rotura del útero. También se han observado algunos casos de desgarró de los ligamentos de la sínfisis del pubis, pero esto, por la sola fuerza de las contracciones uterinas no se puede admitir que suceda si no existe una lesión de dichos ligamentos. En cambio, sí puede suceder por las tracciones muy violentas hechas del fórceps.

El feto puede sufrir una disminución del volumen de la cabeza que suele desaparecer en los días inmediatos al nacimiento. Otras veces no se observa en él anomalía alguna. Sin embargo, si el acomodamiento no es perfecto, es natural que el feto adopte una posición viciosa, o existe gran peligro de una procidencia del cordón que pone en peligro la vida fetal. También peligra ésta por las aplicaciones violentas de fórceps que se hacen muchas veces. La bolsa serosanguínea es muy grande y al ir aumentando durante el parto puede hacer creer que la cabeza avanza o que está profundamente encajada, cuando en realidad lo que ocurre es que aumenta dicha bolsa precisamente porque la cabeza no progresa. Además se muestra un cabalgamiento muy marcado de los huesos de la calavera.

La larga duración del parto da lugar muchas veces a que los niños nazcan con poca vitalidad. Por eso se observa



que algunos de estos niños que se reaniman bien al poco de nacer sucumben en las cuarenta y ocho horas siguientes y en la autopsia se encuentran fracturas de algún hueso o del cráneo o hemorragias meníngicas debidas al traumatismo que sufrió la cabeza. También sucede que hacen inspiraciones prematuras, y por consecuencia de ellas penetra líquido amniótico, con meconio o sin él, en las vías respiratorias y esto ocasiona procesos pulmonares infecciosos. Generalmente corre el feto más peligro en los casos en que la desproporción entre el volumen de su cabeza y la estrechez de la pelvis es marcada, pero no muy exagerada, porque es en los que el médico tiene menos elementos para proceder con acierto. Cuando la cabeza se puede amoldar bien el parto se hace sin dificultad y cuando la desproporción es muy grande el médico se preocupa de intervenir en la forma conveniente. En cambio, si no destaca mucho la insuficiencia de anchura de la pelvis, el médico puede confiarse, y sea dejar que el parto se prolongue demasiado tiempo, con lo que se perjudica la vitalidad del feto, sea intentar una aplicación de fórceps en condiciones en que no puede dar resultado, por lo menos sin gran detrimento de la cabeza fetal.

No se pueden formular reglas terminantes para que el médico regule su conducta ante un caso de estrechez pélvica. Cuando se trata de estrecheces tales que el diámetro promonto-púbico mínimo mida 6 centímetros o menos se esperará que la mujer llegue lo más cerca posible del término del embarazo y entonces se hará una operación cesárea, para lo cual es conveniente intervenir antes de que haya comenzado el trabajo del parto. En las estrecheces medianas, especialmente en las multíparas que han tenido ya partos distócicos, se esperará que el desarrollo del feto sea suficiente para estar seguro de que es viable, por ejemplo, que llegue al séptimo u octavo mes del embarazo, y entonces se provocará un parto prematuro. Si a pesar de esta precaución no es la pelvis suficientemente ancha para permitir el paso de la cabeza fetal, o si se acudiera cuando ya el parto espontáneo ha comenzado y no se puede terminar se procederá a ampliar la capacidad de la pelvis por medio de la

tiempo la pelvis entera se coloca de forma que el plano del estrecho superior tiende a hacerse horizontal. En cambio, en la lordosis el centro de gravedad se desplaza hacia adelante, la pelvis se coloca más vertical y la base del sacro bascula hacia adelante en tanto que el vértice lo hace hacia atrás; el estrecho superior aumenta y el inferior disminuye. En la escoliosis, el plano del estrecho superior de la pelvis no se modifica, pero la torcedura de la columna vertebral hace que el sacro soporte el peso de una manera desigual, hallándose como comprimido entre la columna vertebral y el coxal del lado hacia el cual se encuentra desplazado el centro de gravedad.

Por consiguiente, si la escoliosis se presenta como es frecuente en la adolescencia, la mitad del sacro del lado correspondiente a la convexidad de la columna vertebral se desarrollará menos que la otra mitad. Ahora bien; estas deducciones teóricas no se confirman siempre en la práctica y he aquí por qué: Los desplazamientos del centro de gravedad serían incompatibles con la conservación del equilibrio salvo en los casos más ligeros. Por este motivo, toda torcedura de la columna vertebral va acompañada de una o de dos curvaturas de compensación.

Si la desviación original se encuentra muy cerca de uno de los extremos de la columna aludida, solamente habrá una curvatura de compensación; generalmente la lesión primitiva se encuentra en la parte más baja de la columna y la curva de compensación por encima. Si la torcedura primitiva se encuentra hacia el centro de la columna, las curvas de compensación se encuentran por encima y por debajo de ella. Estas curvas de compensación pueden ser insuficientes, pueden ser de verdadera compensación y pueden ser excesivas. En el primer caso se encontrará la desviación de la pelvis que corresponde a lo que se ha previsto, en el segundo caso no habrá desviación y en el tercero será la desviación contraria a la que se previó.

La escoliosis se presenta en una edad en la cual ya muchas veces se encuentra la pelvis completamente osificada, y por tanto, la desviación que puede producir es ligerísima



# BALNEARIOS ESPAÑOLES

## ALANGE

(BADAJOZ)

Bicarbonatadosódicas. — Enfermedades reumáticas de la mujer. — Neurosis.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

## ALZOLA (GUIPUZCOA)

Variedad cloruradosódicas y bicarbonatadas calcicomagnésicas marcadamente litínicas y radioactivas, 30°.

Cólicos nefríticos, artrismo del ácido úrico, vías urinarias.

Temporada: 15 de Junio a 15 de Octubre.

## BALNEARIO DE BOÑAR (LEÓN)

Estación climatoterápica.

Aguas bicarbonatadosódicocalcicas nitrogenadas.

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

Temporada: 1 de Julio a 30 de Septiembre.

## CALDAS DE BESAYA

(SANTANDER)

Cloruradosódicas, variedad bicarbonatada, 34 a 37°.

Neurosis, parálisis, catarros bronquiales, reumatismo.

Temporada: 1 de Junio a 30 de Septiembre.

## GRANDES BALNEARIOS DE ALCEGA Y ONTANEDA

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

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

GRAN HOTEL DE ONTANEDA

## CABREIROA

Las más litínicas de España.

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

Hotel en el mismo Balneario.

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

Informes: Conde de Aranda, 3, Madrid.

RECOMENDADOS POR LOS MÉDICOS POR LOS RESULTADOS EXCELENTES DE SUS AGUAS

## 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 1 litro. — De venta en todas las farmacias y droguerías.

Temporada oficial: de 15 de Junio a 30 de Septiembre.

ITINERARIOS: Para viajeros procedentes de la línea del Norte, estación Zumárraga. — Para la línea de los Vascongados de Bilbao a San Sebastián, estación Zumaya. — El ferrocarril eléctrico del «UROLA», de Zumárraga a 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

Pídanse noticias directamente a Cestona (Guipúzcoa).

## BALNEARIO DE CALDAS DE OVIEDO

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

Médico Director: DR. D. HIPOLITO RODRIGUEZ PINILLA

GRAN HOTEL DEL BALNEARIO, con todo el confort moderno.

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

Temporada oficial, 15 de Junio a 30 de Septiembre.

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



# KALOGEN

**Solución de compuestos halogenados de calcio.**

Fórmula por 100 c. c.

Cl <sub>2</sub> Ca.....	0,295 gramos.
Br <sub>2</sub> Ca.....	0,520 >
I <sub>2</sub> Ca.....	0,752 >
H <sub>2</sub> O.....	100 c. c.

**RECALCIFICANTE  
SOLUBLE  
NO ACIDO**

**INDOLORO  
INNOCUO  
INALTERABLE**

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



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

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

**FITIKOLA**  
FÓSFORO VEGETAL

**ELECTROLACTIL**

FERMENTOS LÁCTICOS

EN LÍQUIDO  
Y COMPRIMIDOS

LABORATORIO  
**ASENSI, XERRI Y C<sup>a</sup>**  
VALENCIA

**GRA-MIL**  
ALIMENTO VEGETAL

**GUAYAPECTOL**  
VIAS RESPIRATORIAS (JARABE e INYECTABLE)



# TERTULIA MÉDICA

## HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

### — AMENIDADES —

13 VI-1931

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

#### CRONICON ELECTORAL

Se anuncia la presentación de numerosísimos médicos candidatos a diputados para las Constituyentes.

(La Prensa toda.)

*Ya se está el baile arreglando.  
¿Qué gaita le animará?  
Tantas como están templando,  
alguna bien sonará!*

#### EL ANALGESICO VERAMON SCHERING se distingue

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

—Y escucharán su sonido?  
—Presto tienen el oído  
y dispuesta su atención.  
¡Que ponga tiento el gaitero  
con el son  
y nadie le dirá *pero!*

Mas temo que de esta danza  
rompa el compás de mil modos  
querer ser gaiteros todos  
y con muy poca templanza;  
y que teniendo en sus manos  
la dicha de sus hermanos  
la pierdan con la razón,  
y puestos a dar gaitazos  
de mal son

la gaita se haga pedazos.  
Por veredas y calzadas,  
por montañas y cañadas,  
llegan al llano tonadas  
de gaitas desafinadas;  
y en el baile no precisa  
tocar fuerte ni deprisa,  
sino tocar con esmero.

—¡No es de gaitas la cuestión,  
es del son  
que sepa darle el gaitero!

de los más tristes destinos  
tanto gaitero dispuesto,  
exclamo, el ánimo en duelo:

—¡Con esto  
no vamos a echar buen pelo!  
—¡Mirad que el baile está listo  
y es cosa desatinada  
verle convertido en nada  
por obra de tanto *pisto!*  
Y que al oír de esta suerte  
tocar mal por tocar fuerte  
«silbarán, cual Zoilo a Homero,  
algunos sin compasión»  
al gaitero

que toca sin ton ni son.  
Decid, lectores, conmigo:  
¡Sobran gaiteros aquí!  
¿Preguntáis por quién lo digo?  
*¡Por vos lo digo y por mí!*  
No hagamos algarabía  
de tan cristiana armonía.  
De una gaita los sonidos  
harán la danza más bella  
yendo unidos  
todos los vientos en ella.

DOTTORE BALOARDO.

8 Junio 1931.

#### Diarreas estivales ELDOFORMO Bayer-Meister Lucius

#### VIAJE AEROSTATICO

DE

#### FR. GERUNDIO Y TIRABEQUE

##### CAPRICHIO 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).

A fines de 1846 presentó el Sr. Muzzi al Congreso científico reunido en Pisa el modelo de una máquina que ensayó a presencia de los sabios de aquel Congreso, y con la cual, aplicando un nuevo principio de física, dirige a su voluntad un globo aerostático, ya sea en el aire tranquilo, ya en las corrientes atmosféricas. Los más distinguidos físicos de Italia aseguran que el ensayo salió perfectamente. Fáltale la sanción de una experiencia en grande. El señor Muzzi vuelve, pues, a ponernos en expectativa.

Mas modernamente todavía, a principios del mes de Septiembre de este

(1) Véase el número anterior.

mismo año, M. de Fresne, de París, presentó un barco que navegaba por el Sena aun contra viento y corriente, sin remos ni vela, ni más motor que una rueda aérea colocada en el sitio en que por lo regular se coloca la vela. El inventor, puesto de pie en la popa del barco, comunicaba al aparato un movi-

#### L'ANNEE MEDICALE PRATIQUE 1931

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

Exclusiva de ventas:

LIBRERIA FRANCO-ESPAÑOLA

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

miento de rotación de derecha a izquierda y el barco caminaba sin otro impulso.

El autor cree que este motor atmosférico podrá fácilmente aplicarse a dar dirección a los globos; pues si encuentra en el aire—dice—un punto de apoyo suficiente para vencer la resistencia de un cuerpo tan denso como el agua y superar la acción del viento y de la corriente, con mucha más razón podrá hacer mover un cuerpo que flote en el mismo elemento que obra el aparato y que debe presentar una resistencia mucho menor.

Pero he aquí que el inglés Mr. Beale, con noticia de este experimento hecho en el Sena y la proposición de aplicarlo a la navegación atmosférica, reclama como suya esta invención, y dice que ya en Diciembre de 1836 presentó a una Comisión de la Sociedad de Artes un globo aerostático en forma de un cilindro prolongado, a cuyos lados había dos ruedas aéreas, que movidas desde la barquilla impulsan por el aire el aparato en la dirección que se deseaba.

Sanson, Decaligny, el general Desbinsky han trabajado en el mismo sentido; y particularmente M. Eulriot, que ha construido un globo volante, especie de navicella, a cuyos lados hay cuatro paletas imitando las aspas de un molino de viento, que el aeronauta hace mover por medio de un mecanismo interior, cuyo secreto tiene él solo. La resistencia del aire a cada golpe de pala

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

que le azota, refleja sobre el globo y le hace marchar hacia delante, absolutamente como un ave que vuela o como un pez que nada. El ensayo de este procedimiento, si no ha dado todo el resultado que sería de esperar, al menos no ocasionó ningún accidente.

Dedúcese de todo esto que en todas



Yo bien aconsejaría  
que para mayor acierto  
tengan antes un concierto...  
¡Pero la gaita no es mía!  
Y al ver llegar por caminos



partes y en todos tiempos hasta la actualidad, no han cesado ni cesan los físicos y mecánicos de apurar los recursos de su ingenio para dar dirección a los globos o inventar otro medio seguro de viajar por los aires, sin que hasta ahora sepamos que al través de la confianza que cada cual haya creído o crea debe tener en su invento hayan los resulta-

## ANTIPHLOGISTINE

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

dos coronado todavía los desvelos y llenado las esperanzas de ninguno.

Así las cosas, se presenta de improviso en la palestra un español, que con una confianza que asombra y con una arrogancia que sorprende, no sólo asegura haber tenido la fortuna de resolver el gran problema, sino que desde luego se compromete a ejecutar más de lo que nadie se ha atrevido nunca a proponer, ofreciendo solamente a la Reina y al país que si le facilitan los auxilios pecuniarios que necesita, hará en un aparato de su invención el viaje de Cádiz a Madrid, atravesando por los aires la distancia de más de cien leguas que separa las dos poblaciones en el espacio de diez horas, y que atracará al balcón principal del real Palacio.

(Continuará)

**Lactofitina: reconstituyente infantil.**

## TRÍPTICO

### TIERRA

Nací en la cuna del solar ibero; en el bendito suelo de Castilla; suelo hecho del barro, de la arcilla que fué carne y vibró en el comunero.

Algo quise tener de aventurero; soldado ser con honra y sin mancilla, y los fueros de Bravo y de Padilla hacerlos leyes del planeta entero.

Allá me fui por mi ambición lanzado, tenaz, valiente, fuerte y denodado. Bueno es — me dije — cuanto el mundo encierra.

Si la tierra es la madre cariñosa, es bien sencilla y natural la cosa: conquistaré los dones de la tierra.

### MAR

Y yo, el osado mozo de Castilla, me vi en una gallarda carabela que dejaba tras sí rizada estela al roturar las aguas con la quilla.

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

¡Qué hermoso que es el mar! Arriba [vuela] la blanca gaviota. Allá en la orilla la costa que se esfuma esplende, brilla. Tiene el mar un misterio que desvela.  
¡Cuánto fleco de azul y blanca espuma! [ma]  
Todo lo envuelve en su cendal la bruma.

¡Qué inmensa soledad! ¡Cuánta grandeza! [za]  
El fondo con su enigma nos abruma.  
¿Y su fuerza? La nave es una pluma.  
¡El mar! ¡El mar! ¡Espanta su belleza!

### CIELO

Y volví de la lucha laureado.  
Y al tornar cual quería sin mancilla.  
me acordé de mi cielo de Castilla,  
del cielo de mi patria tan amado.  
¡Es tan bello ese cielo que allí brilla  
por millares de estrellas tachonado!  
Todo el valor que tengo de soldado,  
ante tanta grandeza se arrodilla.  
El cielo es de un intenso azul purísimo.

Detrás de ese dosel está el Altísimo.  
Es el cielo un misterio que venero.

Pues si ese cielo hermoso no quisiera,  
no sería mi sangre comunera,  
no sería español ni caballero.

F. SASTRE Y MORENO.

## ALBUMINURIA

«Stroarsil». — Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

## CUENTO JUDIO

Rothschild viaja de incognito por España.

En una iglesia, el sacristán le enseña una virgen milagrosa.

—¿Qué milagros hace esta virgen? — pregunta.

—Llora cuando ve un judío.

Rothschild aguarda el milagro y el milagro no se realiza.

Al salir de la iglesia y darle una propina al sacristán, le dice:

—La virgen que me has enseñado no es milagrosa; no ha llorado al verme y yo soy judío.

Entonces el sacristán en voz baja le suplica:

—No se lo diga usted a nadie: yo también lo soy.

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

¿CONQUE tu esposa querida ha pasado a mejor vida?  
Le dijeron a Guillén,  
y añadió el tuno en seguida por lo bajo: y yo también.

\*\*\*

REO DE HURTO me consideraría delante de Dios si no diese este manto que llevo a quien lo necesita más que yo.

FRANCISCO DE ASÍS.

\*\*\*

NO NIEGUES tu pan al pobre que de puerta en puerta llama; quizá te enseñe el camino que tú seguirás mañana.

MELCHOR DE PALAU.

\*\*\*

CORTA ES LA VIDA de quienes logran éxitos brillantes; raras veces llegan a la vejez.

MARTIAL.

## LA FERIA DE MAIRENA

¡Ay Mairena, ay Mairena del Alcor! Si tu nombre en la lengua de los moros recuerda agua de la fuente; si con tus olivos eres la mata de albahaca de los

## Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

olivares que crecen entre Carmona y Sevilla; si el Alcor sobre que estás situada te encima y sobrepone a cuantas villas, lugares y alcairías ostenta el Guadalquivir y presenta el Aljarafe, ¿quién no te celebrará, además, por aquella tu famosa feria de los finales de Abril, precursora de la de Ronda, primera en todo el año para aquellos países, y rica cual ninguna de las dos Andalucías, alta y baja? Allí, a tu feria, acude toda la gente buena, así de mantellina como de marsellés; allí las quebradas de cintura y ojito negro; allí viene la mar de caballos y otra mar de toros y ganados; allí las galas y preseas; allí los jaeces y las armas; allí el dinero del mundo, y tras él, sus golosos y enamorados de toda laya y condición: la buscona, la garduña, el tahir, el tru-

## CARABANA: el mejor purgante.

hán, el caballero de industria, el trapacero bribón y el perdonavidas que come por el espanto. ¡Qué movimiento, qué Babilonia! Desde el Genil hasta la frontera de Portugal; desde Sierra Morena hasta las playas de Tarifa y Málaga, el universo mundo se conmueve para asistir a la famosa feria. Los caminos se cubren de feriantes, que llevan su poca o mucha hacienda al alegre mercado de la Andalucía; de tratantes de toda especie, que van allí a buscar su provecho y ganancia; de curiosos regocijados, que van a vivir en éxtasis y por vapor tres días en aquel centro de vida y de nuevas y variadas sensaciones; todo es gloria, todo esperanzas, como la víspera de una boda...

Ya, ¡oh, Mairena!, encontré tus anchos ruedos, tus espaciosos ejidos henchidos de toros y caballos, de ganados y aperos, de grupos de marchantes y chalanes; tus calles cubiertas de curiosos y feriantes, tus rústicas tapias sirviendo de arrimo a cien y cien tiendas de variados y peregrinos objetos: los del mas exquisito y subido lujo están en

## JARABE ALMERA

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

feria mano a mano con los objetos que más convienen a la condición y gusto de un pueblo pastoril y labrador.

El refinamiento de la civilización no ejerce allí su odiosa y exclusiva tiranía; todos disfrutan: los goces, la holgura,

SIGUE A LA PAGINA XX



LABORATORIO FARMACÉUTICO

**PONS, MORENO Y C.<sup>A</sup>**

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.<sup>A</sup>, 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.

**Uromil**

PODEROSO DISOLVENTE DEL ACIDO ÚRICO, PARA COMBATIR LA URICEMIA Y LAS ENFERMEDADES DEL METABOLISMO



**ARTRITISMO**

**ARTERIOESCLEROSIS**

**CÁLCULOS**

**GOTA**

**URONIA**

**REUMA**

LABORATORIOS VIÑAS - CLARIS, 71 - BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid



# Salicitiro

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

**PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL**

Evita los trastornos gástricos.  
Aumenta la eficacia salicilica.  
Normaliza el terreno hipometabólico reumático.

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

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

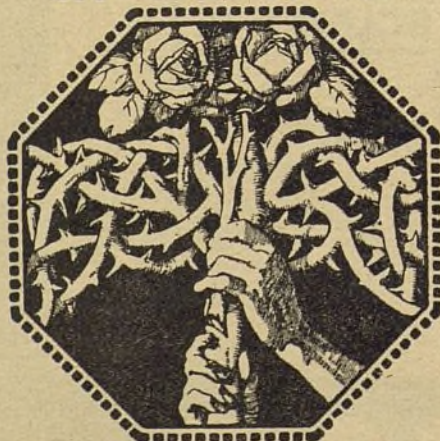


## INSTITUTO TERAPÉUTICO ROMANO

(Nuevo tratamiento antituberculoso  
con una combinación yodo-tuberculínica.)

### SIEROSINA

YODO-TUBERCOLINA-CVPRICA



**Tuberculosis en todas las formas curables.**

Caja con 12 ampollas.

La tuberculinoterapia clásica, a causa de las dificultades de la técnica del tratamiento no sale del dominio del especialista;

la «**SIEROSINA**», por la circunstancia de que la dosis fija de tuberculina no modifica en nada su valor y eficacia en la función del antígeno;

por la atenuación de la tuberculina por el yodo, que anula totalmente sus efectos tóxicos;

por la elevada plasticidad que la asociación con el cobre confiere a la tuberculina,

permite a todo médico el uso de ese tratamiento en todos los casos de tuberculosis (interna y externa), donde puede preverse que la reacción del organismo sea favorable.

Representante general para España y Colonias:

**E. PISTOLESI.**—Apartado de Correos 9026, Madrid.

Literatura científica a disposición de los señores médicos.  
Ayuntamiento de Madrid



# EL SIGLO MÉDICO

## REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

### PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

**SUMARIO:** Sección científica: Sobre el tratamiento de las espermatozostitis gonocócicas, por Ricardo Bertoloty.—Divulgaciones científicas de actualidad. Las hipertermias inexplicadas en la infancia, por Federico González Delito.—La insuficiencia circulatoria y el tratamiento de la fiebre, por el Dr. Manuel Algara Nieto.—El XLVI Congreso balneológico en Bad Ems, por el Dr. Max Hirsch. Adaptación de P. M.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

### Sobre el tratamiento de las espermatozostitis gonocócicas

POR

RICARDO BERTOLOTY

Vicepresidente de la Academia Española de Dermatología,  
médico numerario de los Dispensarios Oficiales Antivenéreos  
(Madrid).

Desde la tesis de Guelliot se han publicado numerosos trabajos sobre esta localización de la blenorragia; en todos ellos se ha demostrado la enorme importancia que su terapéutica tiene en el tratamiento de la gonorrea y cómo esta complicación puede acarrear a su vez trastornos de verdadera importancia cuando no se tiene en cuenta su infección en el curso de la blenorragia.

En una gran proporción de blenorragicos se encuentran infectadas las vesículas seminales; unas veces sus manifestaciones pasan confundidas con las de una invasión posterior de uretra o próstata, otras sostienen un exudado y, por último, en ocasiones son el punto de origen de generalizaciones, metástasis y neurosis.

Sus lesiones residuales de tipo escleroso suman síntomas y dificultan tratamientos en blenorragicos crónicos y en general en un gran número de casos desorientan las medicaciones empleadas.

Prácticamente no se concibe la terapéutica única sobre vesículas, su infección es un complejo en el cual toman parte uretra posterior, próstata y vesículas y en algunas ocasiones epididimo.

Las medicaciones tienen que abarcar estas varias localizaciones y a veces atender a manifestaciones generales o focales consecutivas al complejo citado.

Generalmente su infección se verifica por propagación mucosa desde uretra posterior favorecida por la ausencia de esfínter muscular en los orificios eyaculadores, cuya única defensa está en su reducido calibre.

Ha sido admitida otra posible vía de infección desde los epidídimos infectados por propagación lin-

fática (Ullmann y Rosenthal) por intermedio de los deferentes, por lo cual la profilaxis ha de atenderse:

A evitar la propagación a uretra posterior por medio de los tratamientos abortivos oportunos y en caso de fracaso por el tratamiento correcto de la uretritis anterior, durante el cual se utilizarán lavados precoces de uretra posterior.

A evitar en el caso de invasión total de uretra los lavados con excesiva presión, así como los antisépticos concentrados y todo género de maniobras intra-uretrales innecesarias, y, por último,

La constipación y los ejercicios violentos que puedan traumatizar los testículos, que estarán protegidos por un suspensorio bien colocado.

El tratamiento curativo de las espermatozostitis agudas ha de atender al complejo ya citado y guiado siempre por la agudeza de la infección, que en las formas hiperagudas requiere un dominio del tratamiento general y un cuidado extraordinario en el local, ya que la vascularización de las paredes vesiculares es un peligro para una generalización, y la relativa finura de las mismas y su estrecha relación con peritoneo lo son para complicaciones locales de extrema gravedad, por lo cual el tratamiento de las formas hiperagudas debe conseguir:

Localizar la inflamación. Indirectamente se llena esta indicación con el reposo en cama más el oportuno tratamiento general, dietético y evitando todo tratamiento uretral, y directamente por el tratamiento local antiflogístico (líquidos calientes en enema, baños de asiento calientes, calor local en fomentos o cataplasmas y cuando la flogosis es muy violenta aplicaciones locales de hielo).

Evitar el paso de gérmenes a sangre. Adelantando defensas orgánicas por medio de sueros específicos, excitándolas por la proteinoterapia y tendiendo a una esterilización focal y general, preferentemente por el empleo de acridinas debido a la extrema difusibilidad de los colorantes con ausencia de relaciones locales y evitando todo traumatismo sobre el bloque prostatovesicular (masajes).

Sintomáticamente se atenderá a la polaquiuria,



tenesmo y dolor por el salicilato sódico y belladona, y en último término se acudirá a la morfina o a sus derivados.

Una vez pasada la fase de gran agudeza y teniendo en cuenta que la congestión e infiltración embrionaria determinan anastomosis de los pliegues vesiculares con delimitación de su capacidad y con tendencia a la obstrucción de las vías secretorias, no sólo por el espesamiento de las secreciones, sino por el aumento de grosor de las paredes vesiculares, las medicaciones han de modificarse en el sentido de evitar la obstrucción de las vías eyacatorias por medio de los masajes suaves prostatovesiculares, acompañados cuando son bien tolerados por la aplicación de supositorios emolientes (ictiol, belladona, etcétera).

Se atenderá a la vía uretral iniciando lavados uretrovesicales con sustancias no irritativas ni concentradas y siempre a baja presión.

A veces se establece la completa obstrucción de los canales con dilatación de la vesícula e inflamación del tejido perivesicular y subsecuente formación de absceso único o de abscesos múltiples, cuyo caso indica la vesiculotomía por vía perineal.

Las complicaciones de las formas agudas tienen su especial tratamiento: unas directamente bajo el control del venereólogo (cistitis, epididimitis), otras bajo el del urólogo (rotura de abscesos en vejiga, flemones pelvirrectales, peritonitis).

El tratamiento de las espermatoquistitis crónicas debe atender a la vez:

- 1.º A los focos de origen de la infección.
- 2.º A las propias vesículas.
- 3.º A sus complicaciones.

Al primer enunciado se atenderá tratando la uretritis sin olvidar la importancia que tienen las infiltraciones y estrecheces, y con el tratamiento cuidadoso de la prostatitis, así como de las lesiones de epididimo y vejiga que puedan coincidir o hayan precedido a la espermatoquistitis.

Al segundo enunciado hay que atenderlo procurando llenar las siguientes condiciones:

- a) Conservar permeables las vías de secreción.

Dos son los principales métodos directos que pueden emplearse, solos o bien combinados: uno, el masaje vesicular con la vejiga llena de un líquido antiséptico, y sea digital o instrumental sin violencia en la maniobra; el otro, la dilatación de uretra posterior con Kolmann; indirectamente evitando el éxtasis por compresión o desviación de los canales eyaculadores por regiones inflamadas, utilizando los baños de asiento calientes, irrigaciones rectales con sustancias emolientes y supositorios de ictiol, belladona, etc.

- b) Evitar la atrofia vesicular procurando restablecer la contractilidad de las paredes vesiculares.

A esto tiende cuanto antecede más la diatermia, un poco insuficiente en nuestra opinión por la imposibilidad de encontrar electrodos que se adapten a la región; también se ha utilizado la corriente galvánica.

- c) Esterilizando las vesículas seminales.

Indirectamente por el establecimiento de un perfecto desagüe y por el empleo de medios biológicos; de éstos, las vacunas de stoeh de acuerdo a los caracteres bacteriológicos del esperma (infecciones puras o asociadas); pero la mayor actividad terapéutica está en las autógenas obtenidas del espermocultivo.

También llenan esta indicación las medicaciones quimioterápicas.

Directamente por el lavado de las vesículas seminales.

Este método, preconizado por Belfield y seguido con entusiasmo por Luys y otros autores, se lleva a cabo por dos vías: la eyacatoria y la deferencial.

La primera, utilizada por Young y Luys se consigue por endoscopia posterior, previo masaje vesicular, seguida de cateterismo de los conductos eyaculadores con una cánula especial a través de la cual se inyecta.

Personalmente he intentado esta operación en 18 casos, y sólo he conseguido cateterizar las dos vesículas en uno y en otro una sola; estas dificultades, insuperables muchas veces, proceden: unas, del enfermo (exudados, sangre, deformaciones del verum montanum, inflamaciones del mismo, infiltraciones, pólipos y estrechez del meato, que debe admitir un tubo núm. 28); otras, del material (campo muy reducido, longitud del tubo uretroscópico que dificulta las maniobras, y en el uretroscopio Valentine o Luys, el tallo de la lámpara).

Esta vía queda reservada a casos muy reducidos que no se pueden ponderar *a priori*.

François utiliza el cistoureteroscopia de Mc. Carthy y cateteriza los conductos por medio de sondas uretrales muy finas, hechas rígidas por su mandrín.

La segunda, empleada por Belfield y Herbst, fué iniciada descubriendo el cordón, aislando el deferente, incindiéndolo con bisturí, para a través de la incisión introducir una cánula por la cual inyectar; este procedimiento producía estrecheces y a veces obliteraciones, y tendiendo a evitarlas substituyó la incisión por la punción del deferente con un trocar muy fino, y todo ello sin suturas posteriores de la abertura deferencial a la piel.

Esta operación ha sufrido diferentes modificaciones: unas, pretendiendo inyectar a través de la piel; otras, suturándola al canal con el fin de practicar sucesivas inyecciones, y por último, haciendo la punción sin aislarlo de su vaina.

La vasopuntura, a pesar de la inocuidad pregonada por sus defensores tiene inconvenientes de bastante consideración, aunque en menor proporción que la vasotomía inicial: unos directamente *in situ* (obliteraciones del deferente, extravasaciones de los líquidos inyectados en la vaina del cordón), otros a distancia pero en íntima relación con la región inyectada (epididimitis consecutivas al reflujo de la sustancia inyectada) y, por último, complicaciones (fiebre, en ocasiones ligera reacción peritoneal y en casos excepcionales flemones del tejido celular de gran importancia).



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

**NEUROCRIN KRINOS**

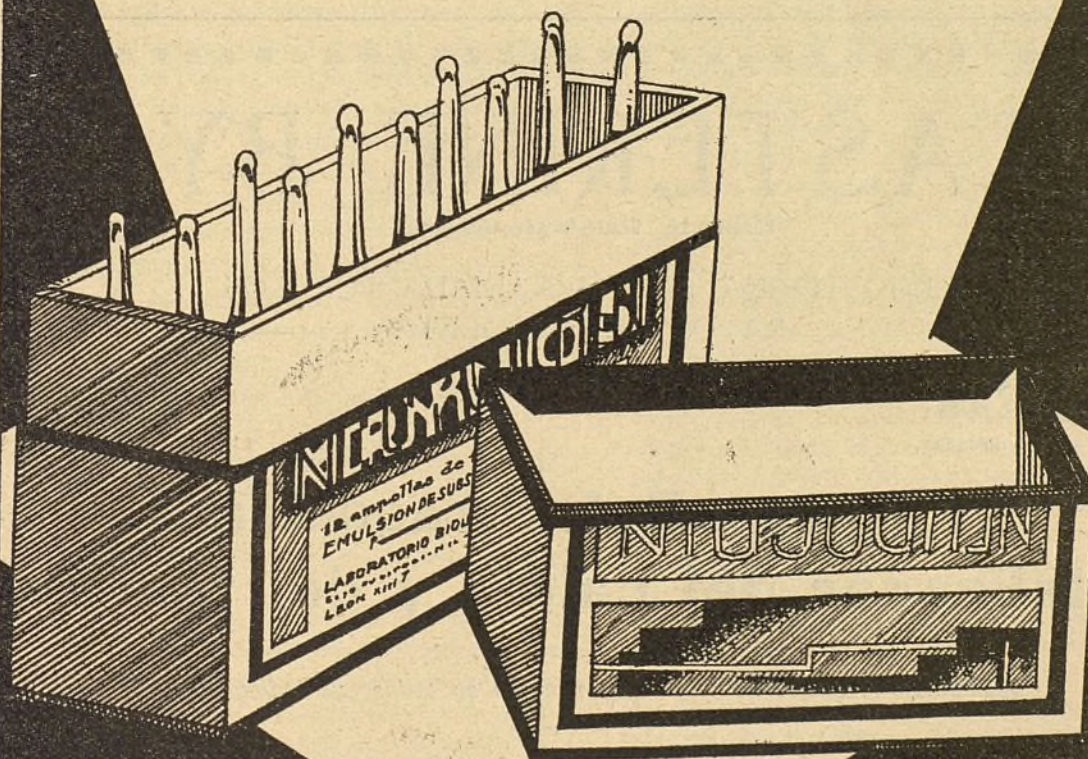
(Emulsión aséptica de substancia cerebral)

**ADMINISTRACION Y DOSIS:**

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

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

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



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



**TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA**

# TRICALCINE

## RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO · EL MÁS CIENTIFICO · EL MÁS RACIONAL



**MEDICACIÓN**  
LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE  
**BRONQUITIS** BAJO VARIAS FORMAS **ANEMIA**  
**RAQUITISMO - ESCROFULA**  
**LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS**  
**TUBERCULOSIS**

# TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES  
DU DOCTEUR E. PERRAUDIN  
*Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris*  
*Ex-Elève de l'Institut Pasteur*  
DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia · 21, rue Chaptal · PARIS

**ESCROFULA · RAQUITISMO**

PRIMER PREMIO · DIPLOMA DE MEDALLA DE ORO EN EL SEGUNDO CONGRESO ODONTOLÓGICO LATINO AMERICANO, EXPOSICIÓN UNIVERSAL DE ODONTOLOGÍA BUENOS AIRES 1925

**CARIAS DENTARIAS · TOS · DEBILIDAD** (vertical text on left)  
**LACTANCIA Y CRECENCIA DE LOS NIÑOS** (vertical text on right)

# VITASTERINE BYLA

**Titulada fisiológicamente.**

ERGOSTERINA PURA IRRADIADA POR LOS  
RAYOS ULTRAVIOLETA

**GRAGEAS**  
(1 gragea = 1.2.0 unidades)

.....

**ACEITE**  
(1 gota = 150 unidades)

## Vitamina D Antirraquítica

## Catalizador del calcio y del fósforo

*Reemplaza el aceite de hígado de bacalao en todas sus indicaciones.*

TRATAMIENTO DEL RAQUITISMO  
TRASTORNOS DE LA OSIFICACION

ESTADOS PRETUBERCULOSOS  
CONVALECENCIAS

LOS ESTABLECIMIENTOS BYLA, 26, avenue de l'Observatoire, PARIS

Muestras y literaturas: GIMENEZ-SALINAS Y C.<sup>a</sup>.—Sagués, 2 y 4. — BARCELONA



Se ha inyectado mercurocromo al 2 por 100, colargol del 5 al 10 por 100, acriflavina al 1 por 1.000; argirol al 10 por 100, protargol al 1 por 200, nitrato de plata al 1 por 200 y, últimamente, caldos-vacunas; de todos ellos el mejor tolerado ha sido el colargol al 5 por 100 en cantidades de 5 a 10 c. c.; estas cantidades las creemos excesivas pues con ellas hemos tenido en dos enfermos una lipotimia antes de acabar la inyección, y debido sin duda a la violenta dilatación vesicular, los modernos estudios de vesiculografía han demostrado que las cantidades a inyectar oscilan entre 2 y 4 c. c. y que la dosis de tres, en una gran mayoría de casos, es suficiente.

La cantidad tampoco puede fijarse en absoluto: está en relación del poder de contractilidad de la vesícula enferma y de los tabicamientos y lesiones esclerosas que el proceso infectivo haya producido.

No compartimos tampoco los optimismos de los autores respecto a los resultados clínicos obtenidos con esta intervención; nuestras cifras son bastante diferentes, ya que en 28 enfermos inyectados durante estos cuatro últimos años sólo hemos conseguido negativar los espermocultivos en siete.

Hay razones anatómicas que dificultan la perfecta esterilización de las vesículas: unas dependientes de su constitución anatómica (dilataciones saciformes, pliegues), otras de su fisiología (poder de contracción parietal demostrado por Le Fur, que tiende a expulsar los líquidos inyectados), y por último, otras de las lesiones patológicas sufridas con la infección (formación de tabicamientos cicatriciales consecutivos a la infiltración embrionaria de las paredes vesiculares que limitan cavidades y establecen recessos de difícil acceso a los líquidos inyectados, y en un período más avanzado la fibrosis del órgano en virtud de la invasión del tejido conjuntivo).

El lavado de vesículas tiene indicación en las formas supuradas abiertas, pero cuando por obstrucción del canal eyaculador o del cuello vesicular se produce el empiema es menester acudir a los métodos quirúrgicos siguientes:

Vesiculotomía perineal, indicada en el caso anterior.

Vesiculectomía, indicada en las formas de vesiculitis fibrosas con atrofia vesicular y retracción, con induración total o parcial del órgano, y cuando estas lesiones no hayan cedido a los emolientes, masaje y diatermia.

Al tercer enunciado se atiende: con las medicaciones generales indicadas para septicemias y reumatismos, a las cuales es menester sumar las locales médicas o quirúrgicas correspondientes a epididimitis, flemones y posibles aberturas espontáneas de éstos, así como las correspondientes a las lesiones esclerosas determinadas por las perivesiculitis.

El tratamiento de las vesiculitis crónicas lo podemos resumir como sigue:

1.º Vesiculitis supuradas a conducto abierto (autovacunas del espermatozoide, masaje vesicular previa dilatación, líquidos calientes en recto y supositorios emo-

lientes). Esto de por sí cura un gran número de vesiculitis cuando se hace con constancia; cuando fracase se intentará el lavado de vesículas seminales; cuando estén agotados todos los focos infectantes, y cuando no sea suficiente se procederá a la intervención quirúrgica.

2.º Vesiculitis supuradas a conducto cerrado. Vesiculotomía perineal, continuando el tratamiento específico de las lesiones activas gonocócicas coincidentes.

3.º Vesiculitis fibrosas. Calor, emolientes y masajes; ante su fracaso, intervención quirúrgica.

4.º Perivesiculitis. En las formas flemonosas, vesiculotomía; en las formas fibrosas, vesiculectomía.

#### Divulgaciones científicas de actualidad.

### Las hipertermias inexplicadas en la infancia

POR

FEDERICO GONZALEZ DELEITO

Teniente coronel médico.

Desde el nacimiento hasta el término del desarrollo puberal, todas las funciones orgánicas vegetativas del individuo tienen un denominador común: el de su labilidad. Todo lo regido por dicho sistema, respiración, circulación, calorificación, etc., se encuentra en equilibrio inestable y reacciona con extremada viveza e intensidad a los estímulos, incluso a aquellos que más tarde, cuando el desarrollo del individuo llegó a su fin, ocasionan reacciones tan apagadas y débiles, que prácticamente pueden considerarse como nulas. Sólo volvemos a encontrar reacciones análogas en el adulto, cuando una intoxicación o impregnación de cualquier causa, lo suficientemente fuerte y generalizada para imponer su sello a todo el organismo y lo bastante débil para no provocar síntomas propios bien marcados, vuelve a colocar aquellas funciones en equilibrio inestable, como ocurre, por ejemplo, con las formas incipientes de la tuberculosis.

Por todo esto no debe extrañarnos que la regulación térmica se altere con tanta facilidad en el niño y que causas apenas capaces de modificarla en el adulto —un ejercicio físico violento, una larga caminata, una infección banal—den lugar en aquél a hipertermias bien marcadas, a veces incluso aparatosas y violentas, que ceden y desaparecen tan insospechadamente y con la misma rapidez y falta aparente de fundamento con que se han presentado. El niño es, además, terreno propicio para que esto ocurra con relativa frecuencia; terreno virgen a la infección, con defensas mal preparadas y aún no aguerriadas, los primeros contactos con los gérmenes morbosos y sus productos dan lugar a reacciones vivas que más tarde, conforme van repitiéndose, encuentran al organismo mejor pertrechado de defensas generales y locales y sólo dan lugar a reacciones locales, menos generalizadas y poco aparatosas.

En resumen, en el niño nos encontramos con un aparato termorregulador menos estable que en el adulto y con muchas más causas capaces de alterarlo, factores ambos que dan características especiales a todos sus des-



arreglos térmicos, tanto a los corrientes y explicados de las infecciones, como a los oscuros y poco explicados con que tantas veces tropezamos en la práctica infantil. Voy a prescindir aquí de recordar y señalar todo lo concerniente a peculiaridades de la fiebre en las diversas enfermedades de la infancia y he de limitarme a la mención de las elevaciones térmicas para las que no encontramos explicación muy satisfactoria a la cabecera del enfermo. Si en el adulto el problema queda limitado al estudio de las febrículas, en el niño el campo es más extenso, pues juntamente con ellas existen elevaciones térmicas bruscas e intensas, por lo general fugaces, cuya interpretación, sobre todo si son repetidas, es tan enigmática y plantea tantos problemas como el de las febrículas del adulto.

El primer problema que se nos plantea es el siguiente: ¿Debe estimarse como fiebre todo aumento de la temperatura en el niño? Simón y Redeker citan en su tratado de la tuberculosis infantil esta frase de Mertz: «de todos los medios auxiliares de que disponemos para descubrir y precisar el cuadro de una infección tuberculosa del niño, el termómetro es uno de los menos adecuados»; y los mismos autores afirman, en otra parte, que muchas veces no pueden estimarse como febriles temperaturas de  $38^{\circ}$  observadas en el recto. Es decir, que aun salvando todas las dificultades técnicas de la toma de una temperatura correcta en el niño, hay además que sortear otras muchas dificultades de interpretación, pues la unanimidad es completa al afirmar que junto con las hipertermias debidas a infecciones banales y ligeras, que casi nunca pueden reconocerse ni diagnosticarse, existen factores constitucionales, alimenticios, nerviosos y aun puramente psíquicos que influyen grandemente sobre la temperatura. Y de las hipertermias provocadas por todos estos factores destacan en la patología infantil dos principales cuya existencia e interpretación ha sido muy discutida y aun no está aclarada: me refiero a la fiebre del movimiento y a la llamada fiebre nerviosa.

Movimientos muy intensos y sostenidos, juegos muy vivos y prolongados, largas caminatas, son capaces de provocar en los niños irritables elevaciones térmicas de  $37^{\circ},5$  a  $38^{\circ}$ —medidas en el recto—sin que por ello pueda decirse que existe fiebre. Estas elevaciones térmicas son más frecuentes en todas las convalecencias, no sólo en las de enfermedades graves que dejan tras sí un estado de debilidad general bastante acentuado como la tifoidea, sino también después infecciones breves y banales como unas anginas. Aunque en admitir la existencia de tales hipertermias andan acordes todos los pediatras, no lo están tanto en su interpretación. Trátase para unos de una elevación térmica puramente local, que no va más allá de las nalgas, provocada por los factores mecánicos del movimiento agitado y sostenido, roces sobre todo. Para otros se trata de una elevación generalizada cuya única causa es el movimiento exagerado. Si en todo individuo de cualquier edad y condición, determinados procesos fisiológicos como la digestión, el movimiento, etc., son capaces de provocar ligerísimas elevaciones térmicas de una a dos décimas, que por su insignificancia y falta absoluta de repercusión pasan inadvertidas en los niños, cuyo sistema nervioso se encuentra, como hemos dicho, en equilibrio inestable y cuyos mecanismos reguladores y compensadores no son tan perfectos, estas hipertermias serían más intensas, alcanzarían cifras de medio a un grado y repercutirían alguna vez en el estado general. Por esto es por lo que los niños nerviosos e irritables, es decir,

aquellos en los que hay que suponer una labilidad mayor de su sistema nervioso, son los que con mayor frecuencia e intensidad presentan estas hipertermias.

Por último, para otros pediatras el movimiento exagerado, sostenido y violento sólo es capaz de provocar elevaciones de temperatura en los niños que previamente padecen una infección, cualquiera que sea la naturaleza de ésta y el sitio en que esté localizada. Podrá ocurrir que alguna vez esta infección sea de naturaleza bacilar, pero en el niño no es éste el caso más frecuente, al contrario de lo que ocurre en el adulto. Las infecciones más banales localizadas en la cavidad nasofaríngea, una amigdalitis crónica que no da síntomas de ninguna clase, quizá una bronquiectasia silenciosa, una sencilla infección intestinal que, por lo demás, tiene una evolución muda son las verdaderas responsables de tales hipertermias y el movimiento exagerado sólo es la causa ocasional.

La realidad es que la hipertermia del movimiento es un hecho y que en la inmensa mayoría de las ocasiones no indica la existencia de procesos graves siempre que en ella concurren los siguientes caracteres: no acompañarse de signos reveladores de infección, como malestar general, cefalalgia intensa, etc., ser de breve duración y no dejar tras sí rastro alguno. Con estas condiciones estimaremos estas elevaciones térmicas como normales o al menos como dependientes de causas mal conocidas, pero poco importantes y nunca graves. La temperatura debe oscilar entre  $37^{\circ},5$  a  $38^{\circ}$ , pocas veces rebasa esta cifra, y al cabo de media hora de reposo debe estar ya por bajo de los  $38^{\circ}$  y a la hora por bajo de los  $37^{\circ},5$ . Las que rebasan la cifra de  $38^{\circ},5$  o las que persisten a pesar de un reposo prolongado deben estimarse como sospechosas y no se incluirán en el grupo de las debidas al movimiento aun cuando no encontremos causa alguna capaz de explicarlas. Más prudente es reconocer nuestra ignorancia y no confiarnos a un diagnóstico aventurado. Del mismo modo miraremos siempre con prevención estas hipertermias siempre que se repitan con frecuencia excesiva o con causa poco intensa.

Es también un hecho real que no todos los niños son capaces de padecerlas; los niños llamados nerviosos, los de tipo erético, son los que las presentan con más frecuencia e intensidad. Esto no tiene nada de extraño, pues tales niños son también los que vemos reaccionar más intensamente con fiebre exagerada a todas las enfermedades capaces de provocarla. Quizá la hipertermia sea más local que general, sin negar la realidad de esta última. Por último, a mi juicio es más que probable que todo ello no baste para provocar una fiebre de movimiento si no hay algún foco infectivo latente, pero también es cierto que de ordinario y cuando se cumplen las condiciones antes señaladas el valor de estos focos debe considerarse practicamente como nulo. Tampoco es despreciable el papel que en la patogenia de esta fiebre desempeña la deshidratación que el esfuerzo muscular trae consigo por el aumento de la transpiración cutánea y la polipnea que el movimiento excesivo engendra.

Si muy discutible y difícil de interpretar es la fiebre del movimiento, más lo son aun las llamadas fiebres nerviosas. Es decir, las elevaciones térmicas en las que sólo puede invocarse como causa productora la ruptura del equilibrio termorregulador por factores psíquicos o de cualquier otra índole que obren directamente sobre los centros termorreguladores. Las descripciones de tales hipertermias abundaban más en la literatura antigua que en la moderna, lo que parece indicar que cuanto mejor se estudian estos casos más se limita su número. Hay algu-



# Amytal Sódico

(POR VIA ORAL)

## Valioso Coadyuvante de la Anestesia



LA administración preoperatoria de los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico elimina la ansiedad preanestésica; reduce la cantidad requerida del anestésico por inhalación; disminuye los vómitos y demás características postoperatorias desagradables.

Los Púlvules (cápsulas llenas) de Amytal Sódico también son efectivos en el dominio de las convulsiones del tétanos, rabia, eclampsia, y otros estados espasmódicos.

Escriba solicitando literatura

**ELI LILLY AND COMPANY**

INDIANAPOLIS, E. U. A.

---

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

**SR. DR. REMIGIO ROMERO**

ALTAMIRA 5 Y PADILLA 2  
ALICANTE, ESPAÑA



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 Fuenterrabia, 1.—MADRID



nos realmente curiosos y en los que la existencia de la hipertermia nerviosa es más probable, pues se trataba también de temperaturas excesivamente elevadas. Tal es el caso, por ejemplo, de los ocho niños de once a trece años, en los que el Dr. Perales, de Granada, observó temperaturas de 43, 44 y 45°, con molestias mínimas y estado general bueno, a tal punto que el observador se inclinaba a considerarlas como fiebre, debida exclusivamente al *crecimiento* y sin carácter patológico alguno. Estos casos se publicaron en esta Revista el año 1898. Aunque no podemos discutir la existencia del caso y de algunos otros muy raros análogos, haríamos muy mal en dar carta de naturaleza a esta fiebre nerviosa.

En este grupo de fiebres esenciales o nerviosas se incluyen las tan discutidas fiebres de la dentición. Sin negar su posibilidad hemos de ser muy cautos en admitir como de origen nervioso y atribuibles al dolor y a los trastornos locales las hipertermias que se presentan en los momentos en que aparecen los dientes. Sólo cuando no exista trastorno digestivo alguno, ni la más detenida y prolija exploración revele la existencia de otro padecimiento, admitiremos como buena la fiebre esencial de la dentición. En ella se dan, cuando existe, los mismos caracteres que vimos en la fiebre del movimiento; terreno abonado por parte del niño para toda clase de reacciones exageradas y violentas, poca tenacidad en la hipertermia y descenso brusco de ésta, tan pronto como con calmantes o medicamentos apropiados amortiguamos el dolor y con él las excitaciones nerviosas secundarias.

Aparte de estas hipertermias agudas de causa poco explicada, encontramos en el niño las mismas febrículas que en el adulto y más aún que febrículas, pues por efecto de la mayor facilidad del niño para la hipertermia las temperaturas no se limitan a los 37°, 5-38°, sino que rebasan a veces esta cifra. Y como en el adulto, lo primero que viene a la mente es la existencia de una tuberculosis como causa de aquella perturbación térmica.

Son, sin embargo, más raras que en el adulto las febrículas por tuberculosis; si en este último se pueden estimar en un 80 por 100, como cifra no exagerada, las febrículas bacilares, en el niño no alcanzan esta cifra ni mucho menos, hay quien reputa que apenas si llegan al 50 por 100 las provocadas y sostenidas por el bacilo de Koch. Débese esto a que, aparte de las exacerbaciones agudas, son muchas las lesiones tuberculosas de los niños, sobre todo en la edad escolar, que evolucionan sin presentar elevaciones térmicas, y esto no sólo en el periodo primitivo, sino también en el llamado periodo secundario. De ahí la afirmación de Mertz que mencionábamos anteriormente de que el termómetro es el medio auxiliar más falaz para despistar las tuberculosis infantiles. En un trabajo reciente acerca de las relaciones entre tuberculosis de los niños en sus periodos primario y secundario y elevaciones térmicas, hecho a base de observaciones prolongadas en niños de las escuelas de Berlín, demuestra Nuessel que formas activas de tuberculosis infantil en sus periodos primario y secundario evolucionan en más de la mitad de los casos sin fiebre, y que incluso la prueba de la provocación de aquélla por el movimiento fracasa en un gran número de estos enfermos. Sobre todo, las tuberculosis ganglionares del hilio son mudas en cuanto a hipertermias en la gran mayoría de los niños, y sólo en muy pocos se observan elevaciones térmicas provocadas por el movimiento, lo que induce al citado autor a estimarlas como dependientes de otras causas y faltas de relación etiológica con dicha tuberculosis. En efecto, un tanto por ciento de diez

a que alcanzan dichas hipertermias no autoriza a otra conclusión.

Mas si muchas adenopatías traqueobrónicas y algunos procesos secundarios de infiltración que requieren incluso reclusión en establecimientos adecuados (sanatorios, etc.) son apiréticos, en cambio la iniciación de los brotes secundarios, y sobre todo sus agudizaciones, dan lugar a procesos febriles mal definidos, y lo que es más grave, peor diagnosticados en no pocos casos. Son las fiebres que con tanta y tan lamentable frecuencia se etiquetan por los médicos de cabecera como de infección intestinal mal precisada, y algunos no conformes con ello las llaman colibacilares o paratíficas, según su gusto, sin que, sin embargo, existan pruebas clínicas ni de laboratorio que confirmen tal diagnóstico. No acostumbra a ser muy elevadas las máximas, rara vez rebasan los 38°, 5; si son, en cambio, tenaces y resistentes, y la dieta severa a que se somete a estos enfermitos no sólo queda sin efecto sobre el curso de la temperatura, sino que siempre es contraproducente. Se somete al niño al más absurdo plan alimenticio y se ensayan en él fermentos lácticos, pretendidos desinfectantes intestinales y algunos antipiréticos, todo sin éxito, hasta que al fin la fiebre desaparece espontáneamente, siquiera se achaque su desaparición al último remedio ensayado y el niño queda bien. Casi siempre se ha tratado de una agudización, de un proceso secundario de reblandecimiento, o de una bacilemia discreta que si la convalecencia se cuida de un modo oportuno va seguida de una verdadera mejoría del estado general del enfermito. Pero si el curso espontáneo de la enfermedad no fué tan favorable o en la convalecencia se encuentra el niño en deficientes condiciones de higiene, entonces aquel tratamiento tan inoportuno a base de dieta, debilitando las fuerzas defensivas del organismo, será responsable de una agravación que se hará ostensible al cabo de cierto tiempo con grave daño para el porvenir de aquel enfermo. Hay niños en los que estos periodos febriles se repiten con obstinada frecuencia, las generalizaciones bacilares se siguen unas a otras y a la postre el diagnóstico se aclara cuando ya no tiene solución. Antiguamente, cuando estos periodos febriles no eran de larga duración, como el niño se levantaba de la cama aparentemente más alto el médico hablaba de fiebres de crecimiento, diagnóstico que siendo tan erróneo como el de infección intestinal indeterminada, tenía la ventaja indudable de orientar el tratamiento en forma más beneficiosa para el enfermo.

Si en los adultos son más frecuentes las agudizaciones del proceso tuberculoso en forma de falsas gripes, en los niños se da con más abundancia la forma que he descrito sucintamente. En todo niño que presenta un proceso febril de esta clase para el que no se encuentra causa aparente debemos practicar radiografías de un modo sistemático, por si merced a ellas descubriéramos un proceso de infiltración con escasos o nulos síntomas focales o una granulía discretísima. Así despistaremos muchas tuberculosis que aún pueden ser tratadas con muchas probabilidades de éxito.

En resumen, la tuberculosis en el niño evoluciona muchas veces en forma apirética, quizá con más frecuencia que en el adulto. Son mucho más raras que en éste las febrículas con temperaturas inferiores a 38° y mínimas normales o subnormales como expresión de focos latentes que evolucionan de un modo silencioso, y en cambio se observan con extrema frecuencia las formas febriles de tipo de infección intestinal como expresión de agudizaciones de procesos en evolución y sobre todo de generalizaciones y



bacilemias discretas. La fiebre es un medio diagnóstico muy falaz, y ni cuando falta y hay sospecha de lesión, ni cuando existe sin síntomas locales y si sólo con aspecto de infección banal, debemos prescindir de otros medios auxiliares, especialmente de las radiografías.

Son muchas, en cambio, las febrículas debidas a infecciones banales, sobre todo en la edad escolar, cuando el niño tiene más ocasión de exponerse a contaminaciones y contagios por aumentarse bruscamente el número de sus relaciones. Estas tienen más veces la forma de verdadera febrícula y en la mayor parte de las ocasiones es responsable de ella algún foco infectivo localizado en las cavidades nasofaríngeas. Nada tiene esto de extraño si se piensa las infinitas veces que el niño se las contamina y ensucia en su vida normal y corriente. Al mismo tiempo su configuración y estructura son muy a propósito para infectarse. Aquí la febrícula no es tenaz, sino breve, se interrumpe a veces por efímeras agudizaciones, en medio de días de temperatura de  $37^{\circ},5-38^{\circ}$  como máximo, hay una elevación brusca que permite reconocer la causa de aquella febrícula, pues el síntoma local no falta entonces. La pequeña hipertermia apenas da lugar a síntomas generales y aun puede pasar inadvertida; en cambio es bastante sensible a la prueba de la agudización por el movimiento. Aparte de los focos nasofaríngeos pueden señalarse los intestinales, pero éstos en proporción muy inferior. Más raros aún en el niño son los focos de bronquiectasias y los localizados en el aparato urinario,

En todos estos casos conviene hacer un diagnóstico exacto para implantar un tratamiento adecuado no confiando nunca en la inocuidad o poca importancia del proceso morboso responsable de la hipertermia. Por ello el médico, tan pronto como en uno de estos casos ha eliminado el diagnóstico de tuberculosis mediante una exploración detenida, en la que la radiografía ha de ser cosa esencial, procederá a buscar los posibles focos comenzando por aquella región en la que más abundan por la nasofaringe. Pequeños focos de esta región son responsables de no escasas afecciones graves del aparato auditivo, seguidas muchas veces de consecuencias fatales, cosa fácilmente explicable dadas las relaciones de vecindad. Pero además todos esos focos infectivos que con tan lamentable frecuencia se desdeñan son punto de partida de afecciones a distancia entre las que por su frecuencia, tenacidad y graves consecuencias merecen citarse en lugar predominante los reumatismos crónicos.

Sólo esto es motivo suficiente para que ante toda elevación térmica inexplicada que no va seguida de un proceso claramente definido, el médico sea lo suficientemente cauto y honrado para no conformarse con un diagnóstico de fiebre efímera o de *alguna cosa de intestino o estómago*, sino que proceda a buscar detenidamente causa posible de aquélla no desmayando ante el fracaso de las primeras investigaciones. Y si la hipertermia se repite en forma de febrícula o en la de accesos agudos breves, pero lo suficientemente repetidos para no ser desdeñados, no cesará apurando todos los medios exploratorios hasta encontrar el foco morboso origen de aquélla, sin tranquilizarse cuando se convence que la tuberculosis no es la responsable y creer que por lo tanto aquello es banal, pues en el niño son muchas las febrículas y las fiebres bruscas, breves y elevadas debidas a procesos infecciosos vulgares, que si muchas veces no traen consigo consecuencias graves, otras tantas podrán darnos sorpresas desagradabilísimas o ser punto de partida de procesos crónicos de larga duración y no leves consecuencias,

## La insuficiencia circulatoria y el tratamiento de la fiebre

POR EL

DR. MANUEL ALGORA NIETO

Considerada la fiebre como elemento de defensa orgánica, el médico debe saber servirse de ella y tratarla cuando sea necesario, porque su acción puede ser peligrosa pasados ciertos límites de temperatura y duración.

Hemos de tener muy en cuenta en las enfermedades febriles, además de las temperaturas altas, la capacidad funcional del corazón y procurar no producir choques, ni administrar sustancias que puedan producir insuficiencia circulatoria.

Haremos una ligera reseña de los datos que nos interesa tener en cuenta respecto al aparato circulatorio en todo enfermo febril que hemos de someter a tratamiento.

El número de pulsaciones por minuto (o frecuencia del pulso) es de 66 a 80 en el adulto sano, de hasta 140 en el niño y de 70 a 90 en el anciano.

La frecuencia del pulso (taquicardia) fisiológicamente se observa en el trabajo corporal intenso, en particular en los convalecientes y débiles, y después de la ingestión de alimentos.

En condiciones patológicas se observa, sobre todo, en la fiebre, pues a cada grado de temperatura corresponde aproximadamente un aumento de 8 a 10 pulsaciones por minuto, en los estados tireotóxicos (de preferencia en la enfermedad de Basedow), en las neurosis cardíacas, en las miocarditis, endocarditis, pericarditis, falta de compensación de una lesión vascular y en la debilidad cardíaca, en la cual el aumento de la frecuencia del pulso es a menudo uno de los primeros signos del fracaso del miocardio.

También existe frecuencia del pulso en la parálisis de los vasomotores (colapso), excitación del simpático (cafeína) y parálisis del vago (atropina, belladona).

La capacidad funcional del corazón y de toda la circulación varía mucho según los individuos. Normalmente depende de muchos factores: constitución, edad, costumbres, profesión. El ejercicio muscular aumenta la capacidad funcional del corazón por el paralelismo fisiológico que existe entre la masa de los músculos del esqueleto y el músculo cardíaco.

La fatiga, la mala alimentación, la excitación psíquica, la falta de sueño, la convalecencia de enfermedades graves, la menstruación, etc., pueden disminuir transitoriamente la capacidad funcional del aparato circulatorio sin llegar a constituir un estado patológico.

En el valor de la prueba funcional del aparato circulatorio hay que tener siempre presente que es más fácil cerciorarse de que un corazón está enfermo que poder constatar si por el contrario está completamente sano.

El síndrome de debilidad o insuficiencia cardíaca se observa cuando no puede subvenir el corazón a los requerimientos normales.

En la práctica clínica se recomienda considerar el cuadro morboso de la insuficiencia cardíaca desde el punto de vista más general de la *insuficiencia circulatoria*, cosa ventajosa tanto diagnóstica como terapéuticamente.

La insuficiencia circulatoria pronunciada ofrece signos tan característicos que su diagnóstico e interpretación no tropiezan con la menor dificultad.

El diagnóstico de la *insuficiencia* incipiente puede ser



muy difícil, sobre todo no es fácil distinguirla de otros estados nerviosos que deben apreciarse pronóstica y terapéuticamente de un modo enteramente distinto.

Entre los síntomas subjetivos de la insuficiencia cardíaca figuran la molestia en la región precordial, sensación de opresión, dolores, palpitaciones y, sobre todo, la disnea y fatiga fácil, mucho más grave cuando el individuo está en reposo.

Objetivamente la insuficiencia cardíaca se manifiesta por trastornos funcionales en otros órganos sensibles a los trastornos circulatorios. Entre ellos figuran en primer término los pulmones, luego los riñones, y luego el hígado.

En los trastornos respiratorios figura en primer lugar la disnea de esfuerzo. Si aumenta la debilidad cardíaca la disnea sobreviene aun cuando el paciente se halle en reposo; en los grados extremos el enfermo ha de permanecer sentado en la cama, pues echado no puede soportar la necesidad que tiene de aire (ortopnea).

A menudo sobrevienen accesos asmatiformes de disnea (asma cardíaca) que a veces matan al enfermo bruscamente. La debilidad cardíaca súbita causa edema pulmonar. La debilidad cardíaca, especialmente del ventrículo derecho, determina éstasis venosa generalizada, cianosis (coloración azulada de labios, mejillas, uñas, etc.).

La orina está disminuida en cantidad, su densidad aumenta y contiene moderada cantidad de albúmina (riñón estásico).

El hígado aumenta tanto de volumen como de consistencia, existe sensación de peso en el hipocondrio derecho y en los casos agudos se provoca un dolor vivo (hígado estásico).

Los edemas consecutivos a los obstáculos a la circulación venosa también constituyen un síntoma precoz.

Los edemas cardíacos aparecen primero en la parte del cuerpo declive; en los tobillos en los enfermos que andan, en la región lumbar en los que permanecen en la cama. En los altos grados de debilidad cardíaca se produce anasarca generalizada e hidropesía de las cavidades.

El sueño a menudo se halla perturbado por la insuficiencia cardíaca.

La exploración del corazón puede resultar completamente negativa en los primeros periodos de la insuficiencia cardíaca. En otros casos existen desde un principio alteraciones como lesiones valvulares con soplos, dilatación y arritmia. Sin embargo, estos síntomas no prueban por sí solos la insuficiencia cardíaca.

En cambio, son signos ciertos de dilatación desarrollada en breve tiempo, el apagamiento de los tonos cardíacos y el pulso pequeño blando y frecuente. Pero semejantes alteraciones sólo se presentan por lo regular en la debilidad cardíaca que se desarrolla de un modo agudo, faltando, en cambio, con frecuencia en los primeros periodos de la insuficiencia crónica, que se desarrolla solapadamente.

La insuficiencia circulatoria por debilidad vasomotriz suele presentarse principalmente de modo agudo. Es innocua en el síncope. Pone la vida en peligro, sobre todo en el curso de enfermedades infecciosas agudas, en particular en la fiebre tifoidea, neumonía, gripe, etc., en las cuales las toxinas bacterianas paralizan el centro vasomotor del bulbo, y además en el choque traumático (en el llamado segundo periodo).

Prescindiendo de los factores causales y de la presentación aguda de la palidez cutánea, son característicos el pulso frecuente y filiforme, la gran tumefacción del hígado, la sensación pronunciada de debilidad; en cambio,

faltan la cianosis, la disnea, los edemas. Como vemos, en la debilidad vasomotriz pura el cuadro es esencialmente distinto del de la insuficiencia cardíaca primitiva.

En la práctica coexisten, sobre todo, en la debilidad circulatoria de las enfermedades infecciosas agudas. Esta circunstancia conviene tenerla en cuenta para la terapéutica.

El cuadro puro de la parálisis vascular se halla en algunas intoxicaciones (cloroformo, hidrato de cloral).

Los medicamentos que aumentan el tono vasomotor son, sobre todo, la cafeína, el alcanfor, la estricina, preparados de glándula suprarrenal e hipófisis.

La dilatación del corazón llamada miógena o por relajación, se desarrolla cuando el propio miocardio enferma o ha sufrido grave daño, en la difteria, en anemias graves o en intoxicaciones.

Este estado puede ser transitorio cuando es susceptible de restablecimiento, por ejemplo, después de grandes fatigas o esfuerzos (deporte), o permanente, y entonces tiene carácter progresivo. En las lesiones valvulares explica su descompensación.

En todo enfermo febril que hayamos de tratar hemos de tener muy en cuenta la insuficiencia circulatoria, preexistente o posible de presentarse en el curso de la enfermedad, por aumento funcional del corazón, por acción de la infección o por intoxicación medicamentosa o todas estas causas juntas.

Condenemos, como ya lo han hecho otros autores, el uso de antitérmicos analgésicos que hacen descender la fiebre, pero que producen modificaciones en la sangre de carácter tóxico para el enfermo, añadiendo una intoxicación química a una intoxicación por toxinas microbianas, que prolongan la enfermedad cuando no ponen en peligro la vida.

Hemos de emplear una sustancia que no produzca insuficiencia circulatoria y que, a ser posible, se comporte como tónica cardíaca. La quinina llena estas indicaciones.

Las combustiones orgánicas resultan retardadas por la acción de la quinina, hecho que se traduce por la disminución de los materiales sólidos de la orina. Poco sensible en el individuo sano no provoca en él más que un descenso insignificante de la temperatura orgánica. Más acentuada en el febricitante determina entonces una baja mucho más acentuada del termómetro; la verdadera acción de la quinina se ejerce, no directamente sobre las combustiones orgánicas que dependen de la fiebre, sino sobre los gérmenes patógenos.

La quinina, administrada a pequeñas dosis, se comporta como tónico del corazón, bajo su influjo aumenta la energía y amplitud de las contracciones cardíacas y el pulso aumenta de frecuencia. La quinina a pequeñas dosis produce efectos vasoconstrictores periféricos en los vasos sanguíneos, lo cual, asociado a la acción tonicocárdica, provoca cierta elevación de la tensión sanguínea de duración más o menos larga.

Una dosis elevada produce una vasodilatación por parálisis de los nervios vasculares y hasta un paro del corazón en diástole. En los febricitantes estos fenómenos resultan modificados por el hecho de que pudiendo obrar la quinina sobre el germen patógeno y destruir la influencia de este germen sobre la circulación, el problema es mucho más complejo, en ellos la quinina provoca casi siempre un retardo del pulso.

La quinina puede producir notables mejorías en la arritmia cuando no se trata de periodos largos de retorno al estado normal.



En 1912 ocurrióse a Wencredack prescribir sistemáticamente la quinina en las diferentes arritmias y de un modo especial en la fibrilación auricular. Recogida esta idea por Chere y Pezzi y Schmumpf y habiendo obtenido buenos resultados propuso Frey sustituirla por la quinidina, mucho más activa (1918).

Catani asegura que la asociación digital-quinina produce efectos cardiotónicos en casos en que la digital sola fracasa.

Conviene tener presente que en las miocarditis y endocarditis agudas no surte efecto la digital en los casos graves y si la cafina, estricnina, alcanfor y adrenalina, en cuyo empleo hemos de tener prudencia por el mal funcionamiento del riñón en estos enfermos (riñón estásico).

La administración de quinina por vía bucal es la que ofrece el máximo de ventajas. Cuando la quinina se introduce en el organismo por vía digestiva las sales del producto se eliminan por todas las secreciones, se la encuentra en todos los humores de la economía. El producto inyectado por vía intramuscular o venosa se elimina casi exclusivamente por la orina, pasa por el organismo como una ráfaga y es eliminado inmediatamente.

Es conveniente graduar las dosis según el grado del termómetro, como indica Arnozan.

0,50 gramos a 38,5, 0,75 gramos a 39, 1 gramo a 39,5, dividido en obleas de 0,25 gramos.

Por lo que a las sales se refiere, el empleo del sulfato es tradicional.

En los niños suele usarse con más frecuencia la aristoquina.

En las personas que no toleran la quinina, gastralgias, zumbidos de oídos, eritemas, etc., puede emplearse con gran éxito el extracto blando de quina en poción a la dosis media de 4 gramos por día.

La terapéutica ideal en las enfermedades infecciosas es la etiológica, es decir, la específica, que tiene por finalidad hacer directamente inofensivo el germen patógeno.

Para esto son adecuadas ciertas combinaciones químicas (quimioterapia), salvarsan en la sífilis y quinina en el paludismo.

También forma parte del tratamiento específico la *inmunoterapia*, que consiste en el empleo de sueros bacteriolíticos que destruyen los cuerpos bacterianos (cólera, tífus), y más a menudo antitóxicos que neutralizan las toxinas de las bacterias (difteria, tétanos).

El número de enfermedades infecciosas con terapéutica específica es todavía muy exiguo. De los sueros, dice Vidal que la mayor parte de los sueros propuestos no son antimicrobianos ni antitóxicos, exceptuando el suero antidiftérico; que no tienen ninguna acción específica segura, sino una simple acción tónica general.

Las probabilidades de éxito del tratamiento de los sueros son tanto mayores cuanto más racional y más rápidamente se utilizan, pero su empleo presenta grandes inconvenientes.

Todos los sueros naturales o preparados para la seroterapia son más o menos tóxicos para los animales de otra especie.

Entre los animales domésticos de nuestras regiones, el caballo es el que posee el suero menos tóxico para el hombre.

En los niños sanos inoculados previamente los accidentes séricos se observan sólo en el 4 por 100; en los afectos de difteria el 14 por 100, el 21 por 100 en los que tienen angina estreptodiftérica, y el 28 por 100 en la escarlatina. Parece, por tanto, que un estado infeccioso, y particular-

mente las infecciones de estreptococo predisponen a los accidentes.

Su producción y grado de reacción depende de cierta predisposición individual.

Debido a estos inconvenientes y a la falta de especificidad, dice Martinet en su tratado de Terapéutica clínica: «Los metales coloidales fuera de los casos de infección en que existe un suero específico comprobado (difteria), son los agentes antiinfecciosos más poderosos y los más seguros actualmente conocidos, y que convendrá emplearlos *sistemáticamente* en toda infección cualquiera que sea su naturaleza y localización por poco grave, rebelde o complicada que sea».

Pero en el empleo de esta terapéutica debemos tener muy en cuenta, respecto a la insuficiencia circulatoria, lo que dice Vidal: «En cuanto a la temperatura por el choc, a pesar de los éxitos brillantes que algunas veces es capaz de obtener en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, a pesar de su poder abortivo con el que ninguna otra terapéutica puede rivalizar, según nuestra opinión no podría ocupar un sitio desde ahora entre los procedimientos de práctica corriente; no es aplicable sistemáticamente a todos los casos de una misma enfermedad. La variabilidad todavía inexplicable de sus efectos, la imposibilidad de prever la violencia a veces extremada de sus reacciones, deben hacer re-ervar su empleo para los casos excepcionales para los cuales todas las terapéuticas han resultado impotentes o cuya gravedad autoriza todas las tentativas». (*Presse Medical*, 5 de Marzo de 1921.)

En el tratamiento de la fiebre debemos procurar conservar o *aumentar* la resistencia del organismo por la desfavorable acción que sobre los cambios materiales ejercen las toxinas bacterianas. Hay que dar alimentos ricos en calorías y de fácil digestión.

También hay que procurar el evitar complicaciones y atender a su tratamiento; cuidados de la piel, decúbito del enfermo, estímulos de la respiración y de la expectoración; *balneoterapia* de preferencia caliente y teniendo muy en cuenta el estado de debilidad del enfermo.

Asimismo es extraordinariamente importante vigilar y regularizar la actividad intestinal (laxante salino).

Alcalá de Guadaira, Abril 1931.

#### Bibliografía.

- Apert: Enfermedades de los niños.  
Arnozan: Manual de terapéutica.  
Domarus: Manual de Medicina interna.  
Martinet: Terapéutica clínica (2.<sup>a</sup> edición).  
Destouches: La quinina en terapéutica.

### El XLVI Congreso balneológico en Bad Ems

POR EL

DR. MAX HIOSCH

Secretario general de la Sociedad Balneológica de Berlín.

El Congreso balneológico XLVI que se celebró desde el 7 al 11 de Abril de 1931, bajo la presidencia del director de Ministerio del Imperio, consejero secreto profesor Dr. Dietrich (Berlín), en Bad Ems, fué muy concurrido por nacionales y extranjeros, ya como asistentes individuales, ya como representantes de Universidades, de Sociedades médicas, de Sociedades de Seguros, de Empresas balneológicas, etc., etc.

Los trabajos científicos comprendieron preferentemen-



te tres grupos: el tratamiento del asma y del enfisema por la acción curativa de los manantiales alemanes, las aguas alcalinas y la asistencia social de los baños.

En el tema que se ocupaba del asma hablaron el profesor Dr. Ebbecke (de Bona), quien trató de los fundamentos físicos que por su alteración determinan por sí, de manera orgánica o nerviosa, la presentación del asma. En su trabajo sobre «La clínica del asma», el profesor doctor Schwenkenbecher (Marburgo) puso de manifiesto de qué modo es esencial la constitución, como base para que determinadas irritaciones provoquen el asma. Tales irritaciones son, según el profesor Dr. Hausen (de Reidelberg), diferentes sustancias alimenticias, como la albúmina de huevo, la yema, la leche, la harina y frutas sin cáscara. Es característico de la constitución de los asmáticos, en opinión del profesor Ellmger (Heidelberg), la desviación del equilibrio acidobásico, hacia el lado alcalino, lo que es conveniente tener en cuenta para el tratamiento del ataque agudo del asma, procurando un exceso de ácido carbónico, de la sangre, mientras para el tratamiento de las molestias del ataque de asma se plantea el empleo de los sedantes nerviosos. Ante la dificultad de tratar el asma, aconseja el profesor Dr. Strasser (de Viena), el llamado por él «tratamiento simultáneo», es decir, el tratamiento hecho al mismo tiempo con remedios diferentes, como baños sudoríficos, yodo, inyección intravenosa de cloruro de calcio u otras combinaciones. De manera análoga, el consejero de Sanidad, privat-docente Dr. V. Benzur (de Budapest), recomienda en el terreno de la hidroterapia diferentes métodos de tratamiento, el tratamiento físico y medicinas, también, el llamado por él mismo: cinturón del enfisema. Temas de las comunicaciones de los Dres. Krone (Baño Sooden-Allendorf) y Diener (Baño Ems), fueron: la determinación de los asmáticos que deben ser enviados a los balnearios; los balnearios que deben ser elegidos y el tiempo de duración de cada tratamiento, como tienen gran experiencia sobre el tratamiento de enfermos asmáticos en las Sociedades de Seguros, aseguran que los fracasos se han debido a un retraso en mandar los enfermos al balneario. Lo esencial es disminuir la inclinación al asma, para lo cual sirven las curas de climas y baños, mientras que las «cámaras libres de alergia» que proporcionan un aire puro especial son superfluas; al mismo tiempo hay que tratar el catarro de las mucosas.

El Dr. Roeloffs (Wyk sobre Föhr) dice que, en general, los asmáticos no tienen ataques a la orilla del mar, menos cuando sopla el aire de tierra que suspende temporalmente las propiedades del aire de mar, de modo que no puede sorprender el que asmáticos recientes deduzcan un beneficio duradero de su permanencia durante largo tiempo en el aire del mar. El buen efecto de la permanencia en Wildbad y de las curas de bebida de agua mineral sobre las glándulas de secreción interna en los asmáticos, la explica el Dr. Granow (de Wildbad) por la resolución de las contracturas y lucha contra la irritación por la vía de la secreción interna. El consejero secreto Dr. Schöppner (de los Baños de Reichenhall) mostró los efectos de las cámaras neumáticas y su significación en el tratamiento del asma. El consejero de Sanidad Dr. Cornet (de los Baños de Reichenhall) habló de la influencia en el asma de baños de temperatura determinada. El Dr. Thilenius (Baños Soden en T.) manifestó la acción que el asma ejerce sobre otros órganos, sobre todo el corazón, los riñones, las suprarrenales, las genitales, los nervios, y dijo de qué modo es esencial perseguir clínicamente los casos atípicos de ataques de asma. La diferencia entre el asma bronquial y el

asma cardíaca y el tratamiento que debe aplicarse a cada uno fueron los temas expuestos por el Dr. Behr (de los Baños de Kissingen). Con ayuda de un nuevo aparato consiguieron el consejero de Sanidad Dr. Werner (de los Baños de Lippspringe) y el Dr. V. Ardenne (de Berlin) amplificar y representar gráficamente el tono pulmonar y el murmullo pulmonar. La demostración de curvas pulmonares de diversos estados patológicos despertó gran interés.

Sobre el segundo tema, que era «los manantiales alcalinos», expuso el profesor Dr. Harrasowitz (de Giessen) una ojeada sobre las relaciones geoquímicas en que se puede reconocer, en el suelo, la formación de manantiales alcalinos. El Dr. K. Harpuder (Wiesbaden) describió el efecto de los álcalis y de las aguas alcalinas en la regularización de las reacciones del cuerpo. El Dr. Koch (Baños de Eais) elogió la acción de las aguas alcalinas sobre las enfermedades catarrales, especialmente del aparato respiratorio, y el estomatólogo Dr. Dresel (Baño de Neuenahr) sobre la parodontitis, las enfermedades tan difíciles de combatir y persistentes de las encías.

De gran actualidad fué el tercer tema que se ocupó de los fundamentos científicos de la asistencia social de los baños. La cuestión en su esencia era tratar de esclarecer lo que los seguros sociales pueden esperar del tratamiento en los balnearios y lo que éstos pueden ofrecer. Las Cajas de Seguros envían a los balnearios sus asegurados sólo cuando se puede esperar de su permanencia en ellos el restablecimiento de su capacidad de trabajo y técnica y la evitación de la invalidez; se espera, pues, un efecto permanente que justifique el gasto, y es sabido que este efecto para ser permanente exige con frecuencia la repetición de la cura. Sobre este punto estuvieron conformes todos los oradores; especialmente el Dr. H. Beckmann (de la Oficina de Seguros de Berlin) ha expuesto la necesidad, por parte de los médicos, de hacer en el balneario, como es natural, todo lo posible para tratar a los enfermos con arreglo a las últimas novedades de la ciencia y la empresa del balneario debe ofrecer todas las posibilidades para asegurar el bienestar de los huéspedes del establecimiento; no puede despreciarse la influencia del médico del balneario sobre sus huéspedes. El consejero médico doctor Graänbau (de la Oficina de Seguros del Baño de Nauheim), hizo resaltar la importancia de llevar los asegurados a determinados establecimientos y prolongar el tiempo de la cura. El Dr. H. Weskott (de la Caja Imperial de Pensiones para Obreros en el Baño de Homburg del H.), llama la atención sobre el valor del esclarecimiento y educación del modo de vivir en determinadas enfermedades y la influencia de la nutrición durante la permanencia en los balnearios. También la comunicación del Dr. Diener (Baño de Ems) aportó datos en el mismo sentido. Todos los oradores confirmaron la conclusión del Dr. Franz Cohn (Baño Kudowa) que el resultado que logran en los balnearios los enfermos enviados por las Cajas de Seguros es extraordinariamente mayor que el obtenido por los enfermos particulares. Lo que depende de que se hace la cura debida en el balneario indicado.

A más de estos temas fundamentales se expusieron otras cuestiones esenciales. El ingeniero A. Scherrer (del balneario de Ems) hace resaltar la importancia de la dirección técnica en la captación y tratamiento de los manantiales para evitar la lesión de sus propiedades curativas, lo que ya procura la legislación. En contra de él, H. Lossnitzer (San Blas) dijo que no se ha ejercido como se debiera la protección de los balnearios y establecimientos



tos climáticos alemanes. El Dr. Weskott (Baño Hamburgo, en el H) refiere sus observaciones experimentales y clínicas que demuestran la importancia del manantial de Homburg para combatir la diabetes. El Dr. L. Schmidt (del Baño Pistyan) recomienda en el reumatismo crónico el lavado con aguas sulfurosas naturales. El Dr. Moehlis (del Baño de Flinsberg) refiere sus investigaciones sobre sustancias capaces de provocar la inflamación y sus modificaciones por los baños. El Dr. M. Wolff (Baño Kudowa) habla sobre el valor de la dieta libre de sal en determinadas enfermedades y de qué modo puede substituirse ésta para lograr una dieta desclorurada. Para terminar, el profesor Dr. Stooff (de Berlín) habló de la simultaneidad de la bebida del agua corriente y la mineral.

Los miembros de este Congreso se ocuparon de la preparación de una legislación de balnearios y sanatorios; de la nueva edición del libro alemán de baños; de la codificación de los anuncios de baños; de que los tratamientos balneológicos sean dirigidos sólo por médicos. Se ocuparon también de que el próximo Congreso Internacional de la Sociedad Hidrológica, que radica en Londres, tendrá lugar este otoño en Alemania, en Berlín y en el balneario de Tannus. Para la presidencia fué elegido el consejero médico superior Dr. Schober (del Baño de Wied); fueron también elegidos el Dr. Schulhof (de Budapest), el consejero de Sanidad Dr. Scholz (de Wörishofen), el consejero médico gubernativo Dr. Gränbaum (del balneario de Nauheim), el consejero secreto Dr. Schöppner (del balneario de Reichenhall).

Se admiró la excelente dirección del Baño de Ems por el Dr. Brogitter. Se hicieron preciosas excursiones a Koblenza, Fachinga, al balneario de Schwalbac, a Schlangenbad, al Monasterio de Eberbach.

El próximo Congreso balneológico tendrá lugar a principios de Abril de 1932 en el balneario de Salzbleu, y allí iremos.

P. M.

## BIBLIOGRAFIA <sup>(1)</sup>

ERGEBNISSE DER GESAMTEN TUBERKULOSEFORSCHUNG, por H. Assmann, H. Beitzke, H. Braeuning y St. Engel. Editorial G. Thieme, Leipzig, 1930.

En este volumen se tratan por los autores citados interesantísimos problemas y asuntos de la Fimatología. En el capítulo primero, Klemperer y Ahlenstiel desarrollan el tema tan importante del diagnóstico precoz de la tuberculosis pulmonar. Realmente agotan el asunto. Los autores se ocupan en este capítulo de la anamnesis y de otros procedimientos exploratorios usuales; de la exploración radiográfica; estudian distintos síntomas de la tuberculosis, la tos, la expectoración, las hemoptisis, la temperatura, etc. Se ocupan del diagnóstico serológico y tuberculínico. Al final del capítulo hay una lista bibliográfica nutrida.

Assmann estudia el infiltrado precoz. La evolución de la doctrina sobre este infiltrado del cual se ocupa después en todas sus partes, sintomatología, diagnóstico, terapéutica, etcétera; anatomía patológica, alergia e infiltrado precoz, relaciones de este infiltrado con otras formas de la tuberculosis, etc. También una bibliografía muy completa.

Fleischner estudia los procesos de curación de la tuberculosis pulmonar y el curso radiográfico de estos procesos.

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

Este capítulo excelente tiene magníficas radiografías y bellos dibujos de histología y anatomía patológica. Interesante las páginas que dedica a los procesos de curación en las cavernas.

Bruno Lange estudia la vacunación de la tuberculosis, ocupándose, naturalmente, del proceder de Calmette muy extensamente.

Redecker estudia de un modo magistral sobre el estado actual de la alergia. G. v. d. Weth se ocupa de los fundamentos biológicos de las reacciones hemáticas no específicas. Este capítulo es muy interesante.

Braeuning estudia el diagnóstico oportuno de la tuberculosis pulmonar y distintos temas relacionados con el gran problema de la lucha antituberculosa.

F. Ickert estudia la tuberculosis desde el punto de vista social y Engel se ocupa de estudiar el foco primario.

La enumeración de los capítulos y los nombres de los autores documentan sin más insistencia la importancia del libro que debe figurar en la biblioteca de cada especialista y la inmediata incorporación a nuestro idioma.

VALDÉS LAMBEA

SPANISCH DEUTSCHES UND DEUTSCHS-SPANISCHES MEDIZINISCHES, por Wörterbuch von Dr. Günther Wolf.—Franz Deuticke, Leipzig y Viena, 1931. (Diccionario médico español-alemán y alemán-español.)

Dada la difusión cada día mayor del conocimiento del idioma alemán en la clase médica, y dada también la escasez de términos técnicos que contienen los Diccionarios usuales, se comprende el interés con que tienen que ser acogidos los libros de este tipo, sobre todo en los primeros tiempos de aprendizaje de la lengua en cuestión.

En este pequeño Diccionario están contenidas las voces técnicas de uso corriente en Medicina, habiendo tenido el editor gran acierto al adoptar el tipo de letra latino, dada la mayor facilidad que esto representa al hojearlo para buscar una palabra.

Es un tomito de 199 páginas dividido en dos mitades: la primera es el Diccionario hispano alemán y la segunda el germano-español.

El insigne profesor F. Umber lo encabeza con unas palabras de presentación.

No nos resta añadir otra cosa más que la excelente impresión y encuadernación del libro.

PARALYSIE GÉNÉRALE ET MALARIA-THERAPIE, por R. Leroy y G. Médakotovitch, con un prólogo del profesor Wagner v. Jauregg. Monografía de 480 páginas, edit. G. Doin, París.

Los éxitos terapéuticos logrados en las enfermedades mentales con los métodos piretoterápicos, especialmente con la paludización de la parálisis general, han sido tratados en todos los aspectos por numerosos autores de todos los países. La monografía de Leroy y Médakotovitch (de idéntico tipo que las de Gertsman, Cunbonni y Vallejo Nágera) pone a los lectores franceses al corriente de la técnica del método, de sus resultados terapéuticos y del mecanismo biológico de su acción. La estadística personal de los autores comprende 102 casos perfectamente estudiados en todos los aspectos.

Indícanse en el libro los resultados obtenidos por diversos autores, menos por los españoles, si bien se citan algunos autores argentinos, omisión que extraña, puesto que en



el extenso índice bibliográfico se mencionan varios trabajos de Lafora, Rodríguez Arias y los nuestros.

En la obra encontramos un capítulo nuevo: el estudio de las cuestiones medicolegales planteadas por las remisiones completas de la parálisis general. Revisan los autores esta cuestión y llegan a la conclusión de que no hay inconveniente en recapacitar civilmente al paralítico general remitido terapéuticamente, opinión de la que discrepamos. Son dignas, sin embargo, de tenerse en cuenta las razones aducidas por los autores, fundamentales en un estudio general del problema desde puntos de vista modernos.

Merece recomendarse la monografía por presentar un estudio completo, siquiera no sea muy profundo, de todo aquello que puede interesar al médico general y al especialista que no puedan informarse en otras fuentes. La bibliografía está casi completa hasta fines de 1929.

A. VALLEJO NÁGERA

INTERPRETACIÓN EN LA PRÁCTICA DE LOS ANÁLISIS CLÍNICOS, por T. Morató Cárdenas. Prólogo del profesor A. del Cañizo. Un volumen de 150 páginas. Javier Morata, editor. Madrid, 1930.

Acabamos de leer el libro del Dr. Morató, de Salamanca, dedicado a la interpretación práctica de los análisis clínicos. Realmente nos hemos convencido de que se trata de una obra perfectamente lograda en cuanto a los propósitos que la inspiraron.

Se trata de un volumen eminentemente práctico y divulgador, guía del médico general ante los informes emitidos por el Laboratorio. La amplia orientación general y el sintetismo con que se encuentran expuestos los diversos temas nos hacen pensar que el Sr. Morató es un profundo investigador, al propio tiempo que un habilísimo divulgador.

Como decimos, en el curso de esta obra se estudian en conjunto los problemas del diagnóstico por los análisis, si bien por una particular dilección del autor todos aquellos asuntos que se refieren a la hematología en su relación con la clínica son analizados con particular interés y de un modo en extremo completo.

Poco más podríamos decir de esta obra, que al ir avalada con un prólogo del eminente profesor Cañizo lleva ya un marchamo de buen origen muy superior al que pudiéramos darle nosotros.

La confección material del libro, cuidada como es costumbre de la casa Morata,

J. M. T. B.

23 de Febrero de 1931.

CROQUONS LA POMME, por Mme. Alice La Sange. Un volumen de 250 páginas de 18 por 12 centímetros. 12 francos. Paul Gatin, editeur, 3, rue du Sabot, Paris, 6.<sup>o</sup>

Se trata de un interesantísimo libro en el que a las excelencias de carácter doctrinal se unen los primores de una exposición literaria plena de espiritualidad y buen sentido literario.

Por vez primera llega a manos del cronista un libro de higiene alimenticia que reuna una suma de intrínsecos valores de toda índole como el que motiva estas cuartillas.

De un modo particularmente ameno, sin que por ello pierda un ápice en su recta orientación higiénica, la autora de este libro expone una serie de conceptos fundamentales y prácticos dedicados a la alimentación.

Mme. Alice La Sange muéstrase en este libro como un exponente valiosísimo en la vanguardia de los tan abundantes e ilustres divulgadores franceses.

Únicamente queremos en esta breve nota informativa aconsejar a nuestros lectores la adquisición de esta obra, que sin caer en las extravagancias del vegetarianismo, expone las ventajas de los vegetales en la alimentación, de la cual podrán deducir útiles enseñanzas sin fatigar su espíritu en la aridez corriente en los libros de higiene alimenticia.

DR. F. JAMATOBO

19 de Mayo de 1931.

## PERIODICOS MEDICOS

### Extranjeros

S. S. Judine (de Moscou). LA ANESTESIA LOCAL PARA LAS GRANDES OPERACIONES DEL ESTÓMAGO.—La elección de la anestesia es de importancia para el éxito de las intervenciones quirúrgicas, en especial gástricas. Las dificultades técnicas y las posibles complicaciones postoperatorias exigen todas las medidas para conservar las fuerzas del enfermo y permitirle soportar el trauma operatorio y complicaciones.

En las complicaciones pulmonares, cardíacas, así como hepáticas, tiene papel primordial el anestésico, la anestesia general. Es por lo que se limita la anestesia general en las operaciones graves de estómago, resección de úlcera y, sobre todo, cáncer. Es la razón de la anestesia local de pared abdominal (Mickulicz, Bier), la infiltración novocaínica de ligamentos y suturas de estómago (Finsterer, 1908), la anestesia paravertebral (1911), la anestesia esplácnica (Kappis, 1914) y en especial la simplificación técnica de la anestesia esplácnica, realizada por Braun en 1920 y, finalmente, la anestesia de los nervios espláncnicos. Los diferentes procedimientos con la perfección técnica de la gastroenterostomía y la gastrectomía permiten en la actualidad presentar estadísticas brillantes en esta rama de la cirugía.

En mi actuación quirúrgica he pasado por tres etapas anestésicas: Primera, intervenciones con anestesia general; método de elección, gastroenterostomía con 25 por 100 de mortalidad por resecciones gástricas y 50 por 100 por cáncer. Segunda, raquianestesia, con 35 por 100 de mortalidad por cáncer y 8,10 por 100 para las úlceras. Tercera, desde 1924, anestesia local, anestesia esplácnica, sin conseguir menos de 30 por 100 de mortalidad postoperatoria por cáncer y 4 a 6 por 100 de mortalidad en resecciones gástricas, pudiendo presentar solamente un 11,9 por 100 de mortalidad en resecciones gástricas de úlceras perforadas.

En estas cifras últimas incluimos las resecciones gástricas totales o subtotales por cáncer o por úlceras precardiáticas de la pared posterior, úlceras que han penetrado en la cola del páncreas y las operaciones por úlceras pépticas gastroeyunales aparecidas después de gastroenterostomía.

Resultados: terminación favorable de las operaciones gástricas, del período postoperatorio y de las complicaciones que en algunos casos se han presentado, que atribuimos en especial al hecho que estas operaciones han sido ejecutadas sin anestesia general.

Estas operaciones, a veces tan prolongadas, tan complicadas desde el punto de vista técnico, precisan conservación máxima de las fuerzas del enfermo para el éxito. No se puede impunemente mantener anestesiados los enfermos debilitados de varios años, durante dos o tres horas, sin protestas



peritoneales que impiden operar. Las narcosis menos profundas no garantizan el relajamiento suficiente de la pared abdominal, lo que hace difícil el acceso de las regiones profundamente situadas. Es, pues, peligrosa una narcosis incompleta por sus efectos reflejos: un sistema nervioso insuficientemente paralizado puede sobreexcitarse y conducir a grave complicación: el «choc» operatorio.

La anestesia local evita todos estos perjuicios. No hay intoxicación general; el relajamiento de la pared abdominal es completo, lo que asegura mejor acceso a las regiones profundas y facilita al máximo los tiempos más difíciles de la operación. Por último, no hay otro medio para suprimir tan competamente la irritación del sistema nervioso central como un bloqueo completo de las vías aferentes, si este bloqueo es bien hecho e interrumpe toda sensación de dolor y todo reflejo. Es una cuestión de experiencia y de costumbre fácil de adquirir por los que quieran. (*Lyon Chirurgical*, t. XXVII, núm. 6, pág. 705, Noviembre Diciembre 1930). M. A. C.

**L. Auricchio.** POSIBILIDAD DE FENÓMENOS ANAFILÁCTICOS TRAS LA SUEROTERAPIA POR VÍA ORAL.—La creciente difusión que en la práctica médica tiene el uso terapéutico de los preparados de suero de caballo utilizados como reconstituyentes, especialmente en la infancia, da interés a las observaciones que el autor expone en este trabajo.

Las tres primeras se refieren a niños que habiendo recibido inyecciones de sueros curativos—antidiftérico dos y antistreptocócico otro—presentaron fenómenos leves de anafilaxia tan pronto como, bastante tiempo después, ingirieron suero de caballo con fines terapéuticos. Estos fenómenos consistían en erupciones morbiliformes, ligeras artropatías en las extremidades inferiores, excitabilidad general, y en uno de los casos, diarrea y vómitos. Estos síntomas se repetían matemáticamente siempre que se administraba el medicamento y desaparecieron por completo, tan pronto como el suero de caballo se reemplazó con otro de buey. Por lo tanto, en estos tres casos había que admitir que las inyecciones anteriores habían sensibilizado el organismo y el suero de caballo administrado por vía gástrica había obrado como desencadenante de fenómenos anafilácticos de escasa intensidad, pero persistentes y precisos. Da cuenta después de otras dos observaciones, en las que las cosas pasaron a la inversa. La administración previa de suero de caballo por vía oral había sensibilizado de tal manera al organismo que la inyección posterior de suero, antidiftérico en un caso y antitetánico en otro, fué seguida de síntomas anafilácticos tan violentos que provocaron cuadros sintomáticos muy graves, seguidos en el primero de estos dos casos de la muerte de la enfermita.

Hace notar el autor que la creencia primitiva de que administrando las sustancias albuminoideas por vía oral, no aparecerían nunca fenómenos anafilácticos, pues la digestión degradaba la molécula albuminoidea hasta descomponerla, y la anafilaxis sólo eran capaz de originarla las albúminas y si acaso las albumosas, pero nunca las peptonas, polipéptidos ni los aminoácidos, sufrió serias objeciones desde el momento que se demostró que el tubo digestivo del adulto en condiciones patológicas y el del niño en patológicas y normales, era capaz de ser atravesado por albúminas no degradadas suficientemente para perder sus propiedades anafilácticas. Además, los estudios experimentales pusieron en evidencia que el suero de caballo sometido a la digestión triptica perdía pronto la propiedad desencadenante, pero tardaba mucho, a veces meses, en perder la sensibilizante. Como por otra parte, las cantidades necesarias para sensibilizar

son mínimas mientras que para desencadenar la anafilaxia se precisan dosis mayores, y además, la intensidad de los fenómenos anafilácticos está en razón directa de la cantidad de albúmina heteróloga introducida—todo ello también comprobado experimentalmente—, de ahí que la ingestión de suero de caballo con fines terapéuticos sea más peligrosa, como preparadora que como desencadenante, lo que está en armonía con lo ocurrido en los cinco casos que el autor refiere. Mientras que en los tres primeros los síntomas fueron leves y de poca intensidad, en los dos últimos el cuadro sintomático fué gravísimo y en uno mortal.

El autor termina llamando la atención de los médicos sobre la necesidad de comprobar, antes de administrar inyecciones de suero, si el enfermito ha estado sometido a esta medicación por vía oral a fin de, en tal caso, proceder con las mismas precauciones que cuando se sabe ha recibido anteriormente inyecciones de la misma albúmina heteróloga. (*La Pediatría*, 15 de Marzo de 1931).—F. G. D.

**L. O. Zeno** REDUCCIÓN ESPONTÁNEA DE LAS FRACTURAS SUPRACONDÍLEAS DEL HÚMERO MEDIANTE LA TRACCIÓN ESQUELÉTICA.—De los tratamientos incruentos el que goza de más adeptos es el llamado de la reducción por tracción y presión directa sobre los fragmentos y la contención en hiperflexión del antebrazo sobre el brazo; su difusión se debe a Jones al enunciar su regla de tratamiento de toda fractura del codo: «Toda fractura del codo debe tratarse por la flexión completa del antebrazo sobre el brazo con la mano en supinación acentuada, salvo la fractura del olécranon, que se trata con el antebrazo en extensión.»

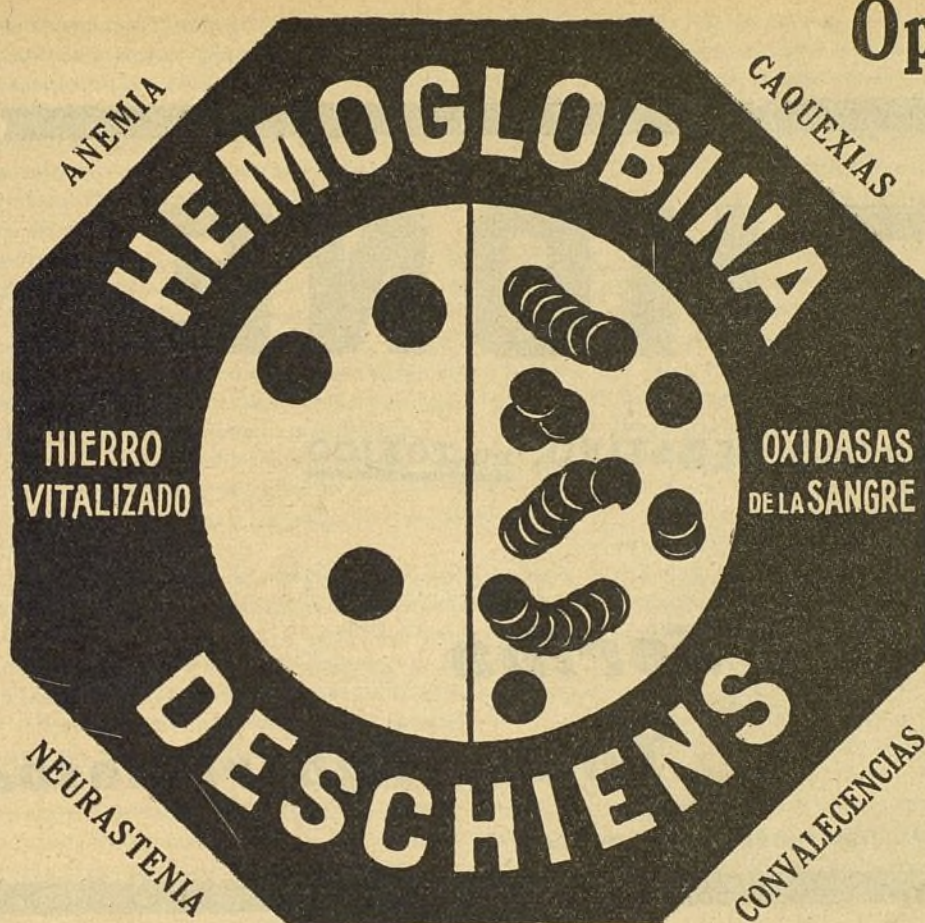
Regla que mira al mal pronóstico de estas fracturas; en el caso de limitación de movimiento o anquilosis será más fácil llevar el codo a los 90° desde la flexión que desde la extensión. Además es antifisiológica; la posición no cumple los principios fundamentales de Zuppinger, que exigen colocar el miembro fracturado en tal forma que los músculos neutralicen su antagonismo.

El método que preconizamos obedece a mecanismo nuevo; lo empleamos en cinco casos con resultados excelentes en cuatro, dado el tiempo del accidente, y el otro es poco el tiempo transcurrido para aportarlo. De los cuatro, tres tenían parálisis del radial, que desapareció con el tratamiento ortopédico concomitante al de la fractura.

Método que cumple los principios fundamentales del tratamiento de las fracturas: obra sobre el fragmento periférico; obra mediante tracción y contratracción; obra durante todo el tiempo necesario de la consolidación; obra permitiendo el cuidado funcional, puesto que suprime inmediatamente la compresión sobre nervios, músculos, vasos y demás tejidos; obra sobre el hematoma tenso y el edema correspondiente que desagua del codo. Permite amplios movimientos activos, que se hacen sin dolor y sin interrumpir la buena coaptación de los fragmentos.

**Técnica.**—Se lleva el niño a la cama que ocupará definitivamente. Anestesia ligera con éter en el niño; local en adultos. Se atraviesa el espesor del borde posterior del cúbito en la proximidad inmediata de la base del olécranon con un alambre rígido inoxidable que se tensa mediante el tractor de Beck o el de Kirschner. Se tracciona con las pesas suficientemente como para dejar el brazo vertical. El antebrazo se coloca espontáneamente en flexión variable de 80 a 50° y en pronación completa. No se hará ninguna maniobra de reducción. Esta se cumple en virtud de una tracción continua. El número de kilos será suficiente como para mantener suspendido apenas el hombro del plano de la cama. Cuando la tracción es excesiva duele el hombro, nunca el codo ni





# Opoterapia Hemática

Total

JARABE y VINO de  
**DESCHIENS**

à base de Hemoglobina

contienen intactas las Substancias  
Minimales de la Sangre total

MEDICACIONES RACIONALES DE LOS  
**Síndromes Anémicos**  
y de las  
**Decadencias Orgánicas**

DESCHIENS, Doctor en Farmacia, 9, Rue Paul-Baujry, Paris (8<sup>e</sup>) — Agente para España : J. G. SALINAS, 2, Calle Sagués, Barcelona

## INYECTABLE DE CALCIO AUTOFIJADOR RADIOACTIVO **FIXOCALCINA**



**TUBERCULOSIS  
HEMOPTISIS  
HEMOFILIA  
HEMORRAGIAS  
RAQUITISMO  
RECONSTITUYENTE**

C. KLIEMAND

**FIXOCALCINA**  
LABORATORIO GALAN, CALAF, 8 · BARCELONA

Muestras y literatura: LABORATORIO GALÁN, Calaf, 8, Barcelona.



# AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

**Tos** *espasmodica*

**Tos Ferina**

**Tos** *de los* **Tuberculosos**

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

**iodaseptine  
cortial**

TUBERCULOSIS  
PULMONAR CRÓNICA  
*Dosis ligeras de 2 a 5<sup>as</sup> al día  
en series de 20 días*

ADENOPATIAS  
DE LA INFANCIA  
*XX a L gotas cada 24<sup>as</sup>  
en tres veces según la edad*

REUMATISMOS  
CRÓNICOS  
*Dosis fuertes de 5 a 20<sup>as</sup> cada 24<sup>as</sup>*

SUPRESION DEL DOLOR  
SIN YODISMO  
SIEMPRE EFICAZ AUN  
CON UN USO REPETIDO

MUESTRAS Y  
LITERATURA  
LABORATOIRES  
**CORTIAL**  
15, B<sup>o</sup> PASTEUR  
PARIS (XV<sup>e</sup>)

**iodaseptine  
salicilada**

REUMATISMOS  
AGUDOS

UNE  
LA ACCION DEL YODO AL EFECTO SALICILADO

JUAN MARTIN - ALCALA 9 MADRID - CONSEJO DE CIENTO - 341 BARCELONA



el foco de fractura. Disminuyendo el peso adecuadamente se suprime toda molestia; basta un kilo para un niño de dos o tres años; se usarán 1.500 a 2.000 gramos, según la edad del niño y el volumen del miembro. Todas estas maniobras se ejecutan en pocos minutos. Se aprecia de inmediato la buena orientación del miembro. Rápidamente mejoran las condiciones circulatorias, así como la tensión de los tejidos a nivel del codo.

La radiografía anteroposterior debe revelar una perfecta reconstrucción de la paleta humeral, lo que se consigue fácil y rápidamente siempre con este método. La radiografía de perfil demuestra perfecta reducción, si bien a menudo puede persistir una pequeña luz interfragmentaria de 2 a 3 milímetros, que no tiene importancia práctica, pues el resultado anatómico y funcional son perfectos.

A los pocos días la infiltración hemorrágica se corre a la base del miembro y al tórax, librando al codo de la tumefacción y el edema habitual. Los niños se mueven libremente y juegan en la cama.

Si bien la reducción es completa a las pocas horas, a veces inmediatamente después de colocado el sistema de tracción, éste se mantendrá cuatro o cinco días. Luego se venda el codo en flexión variable sin violentar la posición, que puede ser de 70 a 40°; se retira entonces la tracción esquelética y el niño abandona la cama definitivamente.

Según el grado de tumefacción y la intensidad del traumatismo se mantendrá el vendaje dos o tres semanas. Nunca nos arrepentiremos por haber inmovilizado unos días más el codo, en especial a prevenir los osteomas y las reacciones consecutivas al infiltrado que conducen a la limitación de los movimientos articulares.

Mientras tanto el niño lleva su muñeca ligeramente suspendida del cuello, y a intervalos deja su miembro libre para desarrollar ejercicios cada vez más amplios: movimientos de los dedos, muñeca, pronación y supinación del antebrazo, circunducción del hombro. (*Revista Médica Latino-Americana*, Buenos Aires, Octubre de 1930. Año XVI, número 181, pág. 31).—M. A. C.

**H. de Rothschild.** EL TRATAMIENTO ESPECÍFICO DE LAS INFECCIONES GASTROINTESTINALES DE LOS NIÑOS PEQUEÑOS.—En 1929, con Mazé, presentábamos los primeros resultados terapéuticos obtenidos en cirugía con el plasma de leche de vaca; los resultados han sido inesperados en el tratamiento de las heridas infectadas, lesiones gangrenosas y esfaceladas, infecciones peritoneales, renales o vesicales.

Rocordemos que el plasma de leche de vaca o lactosuero es de composición definida, estable y de conservación indefinida en recipientes herméticamente cerrados o ampollas.

Un litro de este producto contiene:

Lactosa anhidra.....	52	a 53	gramos.
Materias nitrogenadas solubles.....	3	a 0,50	—
Materias minerales....	2	a 5	—
Acido láctico libre.....	0,80	a 0,40	—

Experimentado el producto en terapéutica quirúrgica, lo hemos aplicado al tratamiento de las infecciones gastrointestinales de los niños pequeños (de cero a seis meses). En los meses de verano de estos dos últimos años, tanto en policlínica como en servicios internos; con resultados satisfactorios, tanto en infecciones crónicas como en las intoxicaciones agudas e hiperagudas.

Cualquiera que sea la forma de la infección gastrointestinal, el tratamiento es casi el mismo; Supresión de alimentación por la leche; administración, cinco o seis veces al día, durante treinta y seis o cuarenta y ocho horas, con biberones

de lactosuero puro, en dosis de 60 a 100 c. c., según la edad del enfermito. Al mismo tiempo conviene practicar lavados intestinales de 500 a 600 c. c. de lactosuero, dos o tres veces por día, durante las primeras veinticuatro horas y solamente enemas de 20 a 30 c. c., tres o cuatro veces, los tres o cuatro días después.

En cuanto cesan la diarrea y los vómitos y la temperatura ha vuelto a la normal, a lo más tardar el tercero o cuarto día, se reanuda la alimentación láctea en forma de eche de vaca, hervida o esterilizada, diluida con lactosuero al 50 por 100 hasta el restablecimiento normal de las funciones digestivas.

En el curso del tratamiento no precisa otra medicación. En los casos graves se puede, sin el menor inconveniente, prolongar el régimen por lactosuero durante ocho días o más, pues la curva de peso reanuda su progresión ascendente.

Hecho nada sorprendente si se tiene en cuenta que el valor energético del lactosuero es igual al tercio de la leche completa. Contiene, por litro, 58 gramos de materias nitrogenadas y organominerales asimilables, que proporcionan cuatro calorías por gramo; o sea unas 235 calorías por litro de plasma de leche, cuando sabemos que el litro de leche completa tiene unas 700 calorías.

Los resultados obtenidos con el plasma lácteo en el tratamiento de las infecciones gastrointestinales agudas e hiperagudas del lactante nos permiten pensar que este producto puede considerarse como la medicación específica de estas afecciones. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, París, 16 de Febrero de 1931. 3.ª serie, tomo CV, año 95, página 295).—M. A. C.

**U. de Michelis.** EL AZUFRE INORGÁNICO DE LA SANGRE EN LAS NEFROPATÍAS.—En el deseo de fijar la importancia debida en la patogenia de la uremia a las diversas sustancias retenidas por el riñón (urea, ácido úrico, creatinina, cloruro sódico, etc.), y lo incompletamente estudiado, el metabolismo del azufre nos ha llevado a investigaciones en este sentido.

Son muy diversos los valores del azufre inorgánico en los individuos normales: de 0,5 miligramos por 100 a 1,6 miligramos; existen variaciones en el individuo sin relación con el método empleado, pues realizadas las comprobaciones nos han dado cifras semejantes y nunca superiores a 0,2 miligramos por 100.

En la glomerulonefritis aguda, al menos en el período de mayor intensidad del proceso morboso, obtuvimos valores aumentados, aun en los casos que no existía retención nitrogenada. No existe paralelismo entre la nitrogenemia y el azufre mineral; si en verdad en todos los casos con residuo nitrogenado aumentado también obtuvimos valores altos del azufre mineral, no se ha comprobado el hecho inverso. No es demostrable una relación entre retención sulfurada y la fase evolutiva; ni relación entre retención sulfurada y la fase evolutiva del proceso.

Valores elevadísimos del azufre inorgánico lo hemos hallado en un caso de uremia eclámpsica en glomerulonefritis.

En tres casos de nefritis embólica en el curso de endocarditis lenta el azufre se comportó en todo similar al nitrógeno; marcha coetánea han llevado azufre-nitrógeno en las lesiones renales de tipo claramente tubular, pero sin aumento sensible del azufre mineral.

En las glomerulonefritis subagudas y crónicas se ha encontrado cierta relación entre la retención sulfurada y el estado funcional renal.



Siempre hallamos retención elevada del azufre en todos los casos de riñón gris.

Parece posible afirmar que la retención sulfurada en las nefropatías sería relativamente elevada, no sólo en los casos de aumento de la retención nitrogenada, sino también cuando con este último factor normal, mostrándose, pues, la retención sulfúrica como elemento de máxima sensibilidad para el estudio de los procesos renales.

Como la nitrogenemia, el azufre mineral parece modificarse más con las lesiones glomerulares que con las tubulares; en las formas nefríticas, por tanto, no se tienen retenciones; en las inflamaciones tuberculosas y en el éxtasis renal no se han demostrado aumentos sensibles.

Tiene, pues, la dosificación del azufre inorgánico en la sangre de estos enfermos un gran valor como elemento no sólo diagnóstico sino también pronóstico, en especial por su sencillez y rapidez técnica. (*Minerva Medica*, Torino, 24 Febrero 1931, año XXII, vol. I, núm. 8, pág. 318).—M. A. C.

**José A. Fresno.** NEOPLASIAS MALIGNAS DE LA VESÍCULA BILIAR.—Dedúcese de todo lo expuesto en este trabajo que el gran interés práctico, terapéutico, de esta interesante cuestión del cálculo cáncer vesicular, reside en el tratamiento preventivo, como acertadamente lo hace notar Papin; si los nueve décimos de cánceres de la vesícula se desarrollan sobre vesículas antiguamente litíasicas, se concibe que suprimiendo las vesículas con colecistitis calculosa antigua, suprimiremos el mayor número de cánceres vesiculares posibles. No es que se pretenda extirpar ahora todas las vesículas, «bajo el pretexto de que puedan volverse cancerosas», porque, afortunadamente, sólo un tanto por ciento muy pequeño de colecistitis degeneran; pero cuando una colecistitis calculosa continúa molestando a pesar del tratamiento médico, su posible cancerización, sobre todo en cierta edad de la vida, debe hacernos aconsejar la extirpación precoz de los cálculos y de la vesícula para evitar la cancerización. Argumento capital—señalado por un internista, el profesor Carnot, para estas dos cuestiones que pueden considerarse simétricas o paralelas—en favor del tratamiento quirúrgico precoz y radical, reseccionista, tanto de litiasis biliar como del úlcus gástrico. (*Rev. de Med. y Cir. de la Habana*, 3 de Noviembre de 1930.)

**A. Lemierre, E. Boltanski y L. Justin Besaçon.** LAS POLINEURITIS ALCOHOL-TUBERCULOSAS.—Generalmente se describen separadamente las polineuritis alcohólicas y las polineuritis tuberculosas; los que han estudiado éstas han establecido que los enfermos que las padecían estaban indemnes de intoxicación etílica. Nuestra práctica clínica nos ha enseñado la existencia de polineuritis en cuya etiología intervienen simultáneamente el alcoholismo y la infección bacilar. La frecuencia de las polineuritis alcohol tuberculosas nos parece más frecuente de lo que se piensa.

Hemos tenido ocasión de ver polineuritis puramente tuberculosas; algunos casos de paraplejía alcohólica en hombres y mujeres indemnes de tuberculosis; pero aquellos donde la polineuritis se desarrolla en personas atacadas simultáneamente de alcoholismo crónico y de tuberculosis evolutiva nos parece constituir la forma clínica más común, si bien debe precisarse cuál de los dos factores juega papel dominante en la génesis de los accidentes paralíticos.

En las polineuritis alcohol-tuberculosas hemos observado: Mayor frecuencia en mujeres y generalmente con menos de cuarenta años y oficios donde es exagerado o está extendido el uso de vinos, licores o aperitivos.

Según su iniciación podemos dividirlos en tres categorías:

Mujeres con polineuritis alcohólicas que más o menos pronto presentan signos de tuberculosis; es lo excepcional. Mujeres con paraplejía alcohólica y tuberculosis simultáneas; es lo frecuente. Mujeres que a la explosión de los síntomas tuberculosos preceden los accidentes nerviosos.

Sea cualquiera el principio, los enfermos en el período de estado tienen el mismo aspecto; están adelgazados y asténicos, con atrofia difusa de todo el sistema muscular; fiebre casi constante e irregular; sudores profusos; muchas veces impotencia funcional de los miembros inferiores coincidente con abolición de reflejos; no es raro que estén solamente afectados los músculos del grupo anteroexterno de la pierna. La parálisis puede afectar los miembros superiores.

En la mayoría de estos enfermos hay trastornos de sensibilidad, coincidentes con disminución de la memoria; confusión mental, delirio alucinatorio y agitación alternando con estupor. Es el cuadro de la psicosis polineurítica.

Cuadro clínico que impone el diagnóstico de alcoholismo crónico, confirmado por los síntomas reveladores de esta intoxicación, hipertrofia más o menos intensa del hígado, cuadro de insuficiencia hepática (ictericias o subictericias, urobilinuria y aun púrpura.)

En estas mujeres es corriente encontrar síntomas de tuberculosis pulmonar grave y rápidamente progresiva precediendo en general algunas semanas al debilitamiento de los miembros inferiores.

El pronóstico de las polineuritis alcohol-tuberculosas es casi irremediamente fatal. Instalados los trastornos motores y psíquicos se agravan rápidamente; la muerte sobreviene en el marasmo, en semanas o días.

El estudio de las polineuritis alcohol-tuberculosas fija el peligro del alcoholismo femenino y en especial las complicaciones nerviosas, las cirrosis malignas y la tuberculosis galopante. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, París, 27 de Abril de 1931, tercera serie, tomo 105, año 95, página 676.) M. A. C.

**L. Dufourmentel.** EL PROBLEMA AMIGDALINO.—En el último Congreso de Otorrinolaringología francesa se ha presentado a discusión esta cuestión, manteniéndose dos tendencias contrapuestas. Los que con Bourgeois admiten en la amígdala el origen de numerosas infecciones; los que con Moure, en el grupo que nos encontramos con Sebilleau, llaman a la prudencia, a la moderación, y aceptando el peligro de aparecer como retrógrados, afirmamos que si bien en muchos casos es culpable la amígdala, el espíritu actual es de gran exageración. Creemos firmemente que la doctrina de los focos infecciosos amigdalinos, indiscutibles, se ha exagerado considerablemente; ha conducido a ver en la amigdalectomía una panacea que ha llevado al abandono de operaciones parciales en provecho de las extirpaciones totales.

La tendencia cada día mayor a que la amigdalectomía sea cada vez más amplia hace que esta intervención no sea siempre inofensiva, a más de que a algunas de las amigdalectomías amplias han seguido molestias más o menos graves, como sequedad continua de garganta, tos persistente, adenopatías, bronquitis de repetición, a igual que Leon-Kindberg ha visto aumentar el número de abscesos pulmonares.

Teniendo en cuenta que no está demostrado el papel fisiológico de la amígdala, y que en muchos casos aloja un foco infeccioso, podemos quitar éstos de manera suficiente sin extirpar totalmente la amígdala; se puede transformar una amígdala purulenta o anormalmente infectada en una amígdala normal sin sacrificar completamente el órgano.



# Sueros y Vacunas

**Bayer-Meister Lucius**

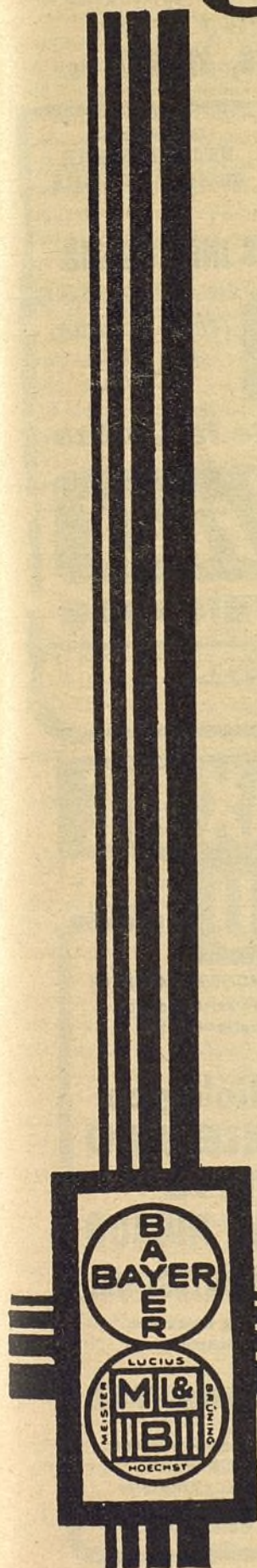
*Behring*

El abolengo científico de nuestros Laboratorios fundados por Ehrlich, Behring y Koch, la experiencia ininterrumpida desde los primeros tiempos de la ciencia inmunológica y el control constante, muy riguroso, del Gobierno Alemán a que están sometidos nuestros preparados biológicos, nos autorizan a garantizar la absoluta pureza y actividad inmunizante de todos los preparados que llevan nuestra marca.

Prescriba siempre

SUEROS Y VACUNAS

*Bayer-Meister Lucius*



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.  
AUSIAS MARCH, 14 - 18 : BARCELONA : APARTADO 280



## ESTAFILASA del D<sup>r</sup> DOYEN

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

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

Solución coloidal  
fagógena  
polivalente.

## MICOLISINA del D<sup>r</sup> DOYEN

2 FORMAS:  
MICOLISINA BEBIBLE  
MICOLISINA INYECTABLE

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

NEURASTENIA  
ANEMIA  
CONVALESCENCIAS

## Vino de Bugeaud

Tónico-Nutritivo,  
con Quina  
y Cacao.

Actúa por la Teobromina y por los Alcaloides de la Quina

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

## Venosina

Tratamiento específico completo de las **AFECCIONES VENOSAS**

PARIS, P. LEBEAULT & C<sup>ia</sup>, 5, Rue Bourg-l'Abbé  
POR MENOR: PRINCIPALES FARMACIAS.

## TUBERCULOSIS

AFECCIONES BRONCO-PULMONARES  
Gripe, Escrófula, Raquitismo

## SOLUCIÓN PAUTAUBERGE

al Clorhidro-Fosfato de Cal creosotado.

La mejor tolerada de todas las preparaciones creosotadas

**ANTICATARRAL y ANTISÉPTICA**

Seca las Secreciones y Cicatriza  
las Lesiones tuberculosas.

**EUPÉPTICA, RECONSTITUYENTE**

Reanima las funciones de Nutrición  
y el estado general.

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

Depositarlos para España:

Jiménez-Salinas y C.<sup>ia</sup>, Barcelona Sagués, 2 y 4, (S. G.)

## LACTOLAXINE FYDAU

COMPRIMIDOS de FERMENTOS LÁCTICOS LAXANTES  
con base de Fermentos Lácticos seleccionados,  
Sales biliares, Agar-Agar, Naïfol Italeina.

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 3 comprimidos.

**LABORATORIOS BIOLÓGICOS de ANDRÉ PARIS**

Farmacéutico de 1<sup>ra</sup> Clase,  
Ex-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.



Se puede sacrificar la amígdala peligrosa, inútil, dejando al sujeto la amígdala normal, es decir, activa, jugando su papel defensivo. El medio es la amigdalectomía subtotal.

La amigdalectomía subtotal es la operación ideal, lógica, inofensiva. Teóricamente es muy difícil de practicar; prácticamente es de técnica fácil; basta no despegar la pared de la cavidad amigdalina y dejar un revestimiento delgado, si se quiere, pero continuo, de tejido linfóide. Lo más delicado es tratar bien el polo superior, asiento habitual de las crisis flegmonosas y reserva de conglomerados y concreciones muy difícilmente asequibles. Es la utilidad de los consejos de Bourgeois: desbridar la pared anterior de la cavidad supraamigdalina por incisión de la comisura; separar los pilares y hacerse camino amplio al polo superior de la amígdala, quitando éste lo más completamente que sea posible; es maniobra lógica, eficaz, siempre recomendable.

Precisa reconocer que en algunos casos conviene la amigdalectomía total; son los casos de flemones de repetición; en el adulto, y ante accidentes locales de repetición, está indicada la amigdalectomía total. Aun en estos casos conviene afirmar que no es posible realizar la amigdalectomía total, verdaderamente total; pues hacia su polo inferior, la amígdala se continúa sin demarcación precisa con las formaciones linfóideas, linguales, y a este nivel es impreciso el límite de la extirpación. (*Paris Medical*, 28 febrero 1931, año 21, núm. 9, pág. 98).—M. A. C.

**Z. Beliña y Barombrío. LEPRO TUBERCULOIDE.**—Para los autores se dan distintos órdenes de hechos en lo referente al aspecto macroscópico e histológico de las lesiones.

El aspecto clínico de las lesiones cutáneas leprosas es tuberculoide y su estructura histológica lo es igualmente.

Los elementos tienen una estructura microscópica tuberculoide y un aspecto clínico que es el de la lepra vulgar.

Los dos tipos precedentes pueden encontrarse en puntos deferentes del mismo sujeto.

Un ejemplo de esta asociación es dado por un enfermo observado por el autor. Encuentra en el mentón una lesión de tipo sarcoide donde el examen microscópico revela la estructura tuberculoide y las lesiones maculoanestésicas de la cara los caracteres clínicos de muchas leprosas y una estructura más o menos tuberculoide.

El enfermo puede presentar manifestaciones cutáneas imputables a la lepra, pero clínicamente atípicas (simulan lupus eritematoso congestivo, eritema perstans, etc.), en las que no se encuentran bacilos, y, en cambio, desde el punto de vista histológico tener el aspecto de lesiones leprosas y revistiendo un tipo tuberculoide más o menos acentuado; un segundo enfermo presentado por el autor entra en esta última categoría. (*Rev. Ars. Ag. de Der. Diciembre de 1930.*)

**Dr. Nekam, de Budapest. CONSIDERACIONES SOBRE LA INVESTIGACIÓN DE LA INMUNIDAD EN LA SÍFILIS.**—Tres caminos diferentes ofréncense a la esperanza de ver desaparecer la sífilis, y son la profilaxis, la terapéutica y la inmunización. El primero parece quimérico, el segundo insuficiente por no alcanzar más que a un restringido número de enfermos y necesitar instalaciones costosas y únicamente la inmunización se ofrece como el método ideal.

Lucha, sin embargo, este procedimiento con importantes dificultades sociales y, sobre todo, biológicas. En este sentido el autor compara la infección por el espiroquete con las infecciones producidas por los hematozoarios e insiste sobre las dificultades para la lucha contra el primero de los citados gérmenes.

Desde el punto de vista práctico no existe en el hombre inmunidad contra la sífilis. Después de la infección aparecen, por el contrario, reacciones de inmunidad parcial, variables de un individuo a otro y experimentalmente de un animal a otro, y también diferencias en el mismo animal, según las diferentes partes del cuerpo.

Estamos obligados a admitir que el grado de resistencia que puede observarse actualmente en el hombre es insuficiente y que entre los seres vivos es el que, ante la sífilis, ofrece una mayor sensibilidad. El autor lanza esta interesante y sugestiva interrogación. ¿Se podría, por metódicas investigaciones, aumentar la fuerza de esta inmunidad, crear una superinmunidad duradera transformando la humanidad hereditariamente refractaria convirtiendo en sa-  
profitos los espiroquetes y la sífilis en un proceso benigno y sin síntomas?

Esta amplia interrogación plantea muy diversos problemas. La primera condición para obtener esta superinmunidad sería poder cultivar los principios hipervirulentos. El segundo, descubrir un procedimiento que permita la transmisión de la inmunidad en ciertas condiciones. En ciertas condiciones, y esta hipótesis tiene su base en la teoría de la memoria celular de Jacquet, la producción de cuerpos de reacciones específicas por las células del organismo, puede prolongarse sin que persista el proceso morboso. Cuando las células han adquirido este hábito, el organismo continúa de un modo duradero en un estado de protección alérgica y sintomática. Un tercer procedimiento de inmunidad pasiva podría consistir en esterilizar el organismo por la acumulación de los productos del espiroquete, como ha mostrado Besredka en su procedimiento del agotamiento de los medios de cultivo. Pero sería más atrayente el intentar la aplicación de «paravacunas», ya sea provocando una «subsífilis» por la atenuación, la diferenciación del espiroquete por los medios físicos o químicos, o los pases sobre el animal, ya inoculando los gérmenes en ciertos animales inferiores para obtener raza de débil virulencia apenas patógena. Las experiencias efectuadas por el autor en los insectos succionadores (pulgas, chinches, piojos, etc.) no le han permitido descubrir ninguna forma nueva del treponema.

Por último, podría obtenerse una coinmunidad heteroalérgica haciendo transmisible al hombre la sífilis del conejo o atenuando la framboesia o el sodoku.

Otros métodos de bacteriología son igualmente dignos de tomarse en consideración, tales como el bacteriófago de d'Herelle. Esto conduce al autor a estudiar el último grupo de posibilidades con el fin de activar la capacidad defensiva de los leucocitos, histiocitos, «plasmazellen», sistema retículoendotelial, células parenquimatosas, glándulas endocrinas, órganos hematopoyéticos y el hígado, ya sea por productos no específicos (proteínas, productos bacterianos, agentes químicos), ya por productos específicos, como la luetina o medidas generales de higiene (esoplaxia de Hoffmann). (*Actas del VIII Congreso Internacional de Dermatología y Sifiliografía*, 1930).—DR. TOMÉ BONA.

**Barborka. TRATAMIENTO DE LA JAQUECA POR LA DIETA KETOGENICA.**—Después de haber ensayado esta dieta en el tratamiento de la epilepsia esencial, la ha utilizado el autor en el de la jaqueca basándose en las siguientes consideraciones: Unas cuarenta y ocho horas antes de aparecer el ataque jaquecoso se observa una marcada alcalosis en el paciente. Según muchos autores, en la jaqueca hay fenómenos de intolerancia para algunas albúminas (teoría anafiláctica de esta enfermedad) y la dieta ketogénica es pobre en albuminoideos. También se cita como causa capaz de agra-



var los ataques de jaqueca la dieta demasiado rica en hidrocarbonados: en la ketogénica está muy restringida la cantidad de hidratos de carbono. Por último, se ha visto que las dificultades en la secreción y eliminación de la bilis son muy frecuentes en los jaquecosos y se intensifican durante los paroxismos dolorosos y la dieta ketogénica facilita y favorece la secreción biliar.

El autor ha tratado 50 enfermos con esta dieta, sosteniéndola durante tres meses como mínimo y más de dos años como máximo, obteniendo los siguientes resultados: 11 enfermos prácticamente curados, 25 muy aliviados y 14 en los que no se obtuvo beneficio alguno. Todos eran casos pertinaces y en los que el dolor era lo suficientemente repetido e intenso para decidir al paciente a sostener esta dieta tan molesta de seguir.

Casi todos los enfermos curados llegaron a estar en estado de ketosis continua; en los del segundo grupo eran muy frecuentes las ketosis periódicas y los ataques dolorosos aparecieron en los intervalos sin ketosis, y en los del tercer grupo se logró que algunos enfermos llegaran a estar en ketosis periódica; en otros no, pero en ninguno se pudieron espaciar los paroxismos ni aminorar su intensidad. De todos modos, cree el autor que debe ensayarse este tratamiento en los enfermos que no encuentran alivio a sus molestias con otras intervenciones. (*The Journal of the American Medical Association*, 13 Diciembre 1930).—F. G. D.

## Nacionales

**A. Dorronsoro Montes, de Huelva.** OPERACIÓN DE ROYLE: ALGUNAS CONSIDERACIONES Y OBSERVACIONES PERSONALES.—Es preciso admitir el tono muscular compuesto de un tono plástico encargado de la estática, y un tono contráctil, de la dinámica.

Que en el tono plástico interviene, de manera indiscutible, el sistema simpático, y que el contráctil depende exclusivamente del sistema cerebrospinal.

Que la sección de los ramificantes correspondientes a un territorio espástico suprime la espasticidad, y que la sección de los ramificantes correspondientes a un miembro normal no determina modificación alguna en el movimiento.

Que la sección de los ramificantes no ocasiona atrofas musculares ni alteración en los reflejos.

Que el signo de Bernar-Horner no debe presentarse si ha seguido la técnica indicada, que es la aconsejada por Royle.

Que las contracturas de origen cortical y de causa traumática deben ser las que más se benefician con esta intervención, y las parálisis consecutivas a lesiones vasculares y esclerosis medulares no se benefician en tan alto grado.

Terminamos, pues, repitiendo con Wertheimer que el campo de aplicación de este nuevo método terapéutico está abierto; el porvenir marcará sus fronteras. (*Mun. Med.*, 10 de Marzo de 1931.)

**Dr. Castillo.** LOS CUERPOS CETÓNICOS DE LA SANGRE EN LA ANESTESIA.—Las variaciones que se observan en la sangre, después de la anestesia quirúrgica de los elementos por nosotros observados arrojan el siguiente tanto por ciento:

La reserva alcalina está disminuida en una media de 23,4 por 100.

La acetona está aumentada en una media de 50,8 por 100.

El ácido beta oxibutírico está aumentado en una media de 41,7 por 100.

La glucosa, en general, aparece ligeramente disminuida en una cantidad apenas perceptible.

El calcio está disminuido en una media de 13 por 100.

Los cloruros están disminuidos en una media de 22,1 por 100.

Empleando éter como anestésico, la acetona está disminuida en una media de un 11 por 100 en relación con los demás anestésicos.

Empleando la anestesia raquídea, la acetona está aumentada en una media de 7 por 100 en relación con los demás anestésicos.

Empleando éter como anestésico, la acetona está disminuida en una media de 18 por 100 con relación a la raquianestesia.

La cantidad de ácido beta oxibutírico no varía cualquiera que sea la anestesia empleada.

Los cuerpos cetónicos, a las veinticuatro horas después de la anestesia, o están en sus cifras normales, o tienden a recobrarlas rápidamente; lo mismo puede decirse de los demás elementos por nosotros examinados, a excepción de la reserva alcalina. (*Rev. Esp. de Med. y Cir.*, Marzo 1931.)

**M. Garriga y Roca.** APENDICITIS Y EMBARAZO.—Las relaciones entre la gestación y la apendicitis son de pura coincidencia.

La gestación no puede nunca motivar una apendicitis.

La apendicitis en una mujer embarazada es tanto más grave cuanto mayor tiempo tenga la gestación.

La apendicitis motiva la mayoría de las veces la interrupción del embarazo.

El tratamiento será necesariamente el operatorio, sea cual sea el curso de la afección.

Como medida profiláctica deberán operarse todas las mujeres antes de casarse, cuando hayan tenido alguna manifestación apendicular. (*S. O. Y. C.*, núm. 2, 1931.)

**Agustín Hidalgo y Fernández Cano.** LA OCLUSIÓN INTES-  
TINAL AGUDA.—El tratamiento de la oclusión intestinal aguda es única y exclusivamente quirúrgico.

El pronóstico de la oclusión va íntimamente ligado al diagnóstico precoz y a la intervención inmediata.

La intervención, a ser posible, será siempre definitiva.

El contenido intestinal a la menor sospecha de dilatación vascular deberá ser evacuado.

El estado de shock será objeto de especiales cuidados, no debiéndose operar hasta haber conseguido hacerlo desaparecer, con lo que las probabilidades de éxito serán mayores.

Los intentos incruentos para vencer el obstáculo origen de la oclusión (purgantes, masaje, enema eléctrico, etc.) serán prohibidos en absoluto, así como igualmente la ingestión de sólidos y líquidos.

La inyección de los sueros anticolibacilar y antigangrenoso, como preventivos de posibles complicaciones, debe ser considerada como útil.

El tratamiento por las soluciones salinas hipertónicas será coadyuvante al quirúrgico, nunca exclusivo.

La abstención operatoria va fatalmente seguida de la muerte del enfermo y cualquier demora en la intervención puede igualmente ocasionarla. (*Revista Española de Cirugía y Urología*, Febrero de 1931.)



# Lipiodol

## Radiológico

Aceite Vegetal y Yodo puro  
del Doctor **LAFAY**

### "ASCENDIENTE" Y "DESCENDIENTE"

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

*Se halla en todas las buenas farmacias.*

Concesionarios Generales para la Exportación:  
**LECZINSKI & C<sup>ia</sup>**,  
67, Rue de la Victoire  
París.

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

**LIPIODOL  
LAFAY**

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



### ¡CONTRA EL DOLOR!

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

ACONSEJAD

## CEREBRINO MANDRI

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



Preparado en las farmacias farmacéuticas por el  
Dr. y Químico **Francisco Mandri**  
en el Laboratorio, Francia, 1917



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 entrapaños.	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 entrapaños.....	81,00
con porta-irrigador.....	72,00
Porta-irrigador de pie completo.....	55,00
de pared.....	25,00
Cubo a pedal.....	27,50
Tabureta 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**

## LO MAS NUEVO

### FEBRIFUGOL EGABRO

Científica y genial preparación a base de plata coloidal, urotropina purísima e infusión de estigmas de maíz con elixir de vainilla.

De positivo efecto en las fiebres tíficas, paratíficas y colibacilares.

SIN SALES DE MERCURIO  
NI FERMENTOS LACTICOS

### NUTRIL EGABRO

Caldo de cereales y leguminosas con extracto de Malta. Alimento vegetariano completo con diversidad de aromas (piña, limón, fresa, etc., etc.).

### HEMOBICAL EGABRO

Recalcificante poderoso y reconstituyente (véase la fórmula):

Fosfato de cal bibásico.....	0,30 gramos.
Fluoruro de cal.....	0,02 —
Arrhenal.....	0,02 —
Lecitina pura de huevo.....	0,05 —
Hemoglobina.....	0,10 —
Solución de adrenalina al milésimo...	3 gotas.

Para un sello.

Servimos muestras indicando estación destino.  
**LABORATORIO EGABRO—CABRA (Córdoba), España.**



## La *Antiphlogistine*

es peculiarmente útil cuando se usa como aplicación en el tratamiento de:

### **DOLORES REUMATICOS**

Las varias clasificaciones y tipos de condiciones reumáticas, que probablemente son meros pasos en el proceso de esta misma dolencia, responden favorablemente a la aplicación continua del calor húmedo, que, al aumentar la circulación sanguínea y linfática, trae las reservas alcalinas estimulando así las opsoninas y activando la leucocitosis.

La *Antiphlogistine*, aplicada en cataplasmas gruesas y calientes en la región afectada, sirve para:

1. **Aliviar los espasmos musculares.**
2. **Aumentar la fagocitosis; y**
3. **Al quitar fluido a los tejidos, disminuye el dolor y la inflamación.**

**Muestras y folletos a solicitud.**

**The Denver Chemical Mfg. Co., New York, U. S. A.**

Agentes exclusivos de venta para toda España:

**HIJOS DEL DR. ANDREU.—Calle de Folgarolas, 17.—BARCELONA**

**La Antiphlogistine se fabrica en España.**

# Nujol

MARCA REGISTRADA  
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

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

**EL PROTOTIPO DE TODOS LOS ACEITES DE VASELINA**



Muestras y Literatura  
**BUSQUETS HERMANOS y Cía.**  
Ronda Atocha, 23 MADRID

## SIL - AL

Metahidrosilicato de aluminio fisiológicamente puro

**Sustituye al bismuto en  
terapéutica gástrica.**

**Existe el Sil-Al belladonado.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GÁMIR**  
Valencia.

## BARDANOL

— Elixir de bardana y estaño eléctrico —

**INDICACIONES:**

**Estafilococias en todas  
sus manifestaciones.**

Muestras  
y literatura:  
**A. GÁMIR**  
Valencia.

Autorizado por la Inspección General de Sanidad, número 4.193.

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

## ATROPAVER

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



son allí el patrimonio de la muchedumbre, porque están al alcance de todos. Esto derrama una bienandanza por todo aquel inmenso concurso, que añade nuevos quilates al placer del curioso observador. Al lado de los dulces laboriosamente confeccionados y sobrecargados de esencias y perfumes, regalo sólo de rico, se encuentra el acitrón, el alajú los turrones y otros mil azúcares todavía de raza mora, que por su módico

## ION-CALCINA

PALLARES

A base de Cloruro de Calcio.

FRASCO E INYECTABLES

precio procuran igual sabrosa satisfacción a la aldeana, al rústico y demás gente menuda. Si allí el fondista muestra al gastrónomo su luciente aparador y batería, allá las gitanas cubiertas de flores, en un aduar de chozas, de singular talle y traza, ofrecen rubia como el oro, saltando entre el aceite, la masa candéal convertida en buñuelos, si apetitosa al paladar, fácil de costear para todo bolsillo. Los vinos extranjeros ceden allí al famoso y barato manzanilla; la aceituna de mil modos y siempre sabrosamente disfrazada, toma prioridad, como ama de casa, sobre la francesa y apatatada trufa; y la lima, el limón dulce y la naranja, manjar aristocrático en otros países, bailan de mano en mano entre las turbas de muchachos y entre los corros y ruedas de los mayoresales,

Fábrica especializada en Productos Dietéticos y de Régimen Vegetariano.

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

ganaderos y otra gente, así de más alta como de más baja esfera. Acaso con sus blancas tocas y su pintado albornoz algún moro en una ancha cesta ofrece el dátil de Tafílete, destilando miel, a los aperadores y guardas de campo, que no tienen los ojos menos negros, ni las mejillas menos atezadas que él; y todos, todos, disfrutan, huelgan, se solazan y recrean. Allí asisten a los títeres y volatines, aquí a la chirinchina y pulchinelas, acullá tratan y contratan; por este lado dicen la buenaventura, por aquél se ajusta un caballo o una yunta de ganado; aquí se canta, allí se baila. Este requiebra, aquél enamora; todos se agitan, todos bullen. ¡Cuánta gente! ¡Cuánto viviente! ¡Qué discurrir de hombres a caballo, de calesines que llegan, de coches que pasan, de barroches que vue-

## Antiséptico GLOGENO LUMEN

Muestras gratis.

Centro Farmacéutico Jienense.

Apartado 22. — Jaén.

lan, de pretales que suenan, de campanillas que alborotan, de zagalas que gritan! Los oídos se deslumbran y la cabeza se desvanece...

SERAFÍN ESTÉVANEZ CALDERÓN.

(El Solitario.)

(1779-1867.)

## EPITAFIO

He aquí los restos mortales de una mujer de talento en cosas municipales, es decir, de ayuntamiento.

BALDOVÍ.

QUEJÁNDOSE JORGE IV de que había perdido su real apetito, le contestó su compañero Rochester: «¡Qué apuro para un pobre si lo encuentra!»

\*\*

ARROYO que tan de prisa te diriges hacia el mar, despacio caminarias si supieses dónde vas.

MELCHOR DE PALAU.

\*\*

NO SE PUEDE ser buen médico sin conocer las operaciones quirúrgicas; y un cirujano no vale nada si no conoce la Medicina.

LAFRANCHI.

## Inapetencia, Anemia, Debilidad.

VINO MADARIAGA, tónico - fosfatado.

## POR LOS CAMINOS DEL MUNDO

VARSOVIA

Desde los suburbios de Praga, en la margen derecha del Vístula, puede verse la imponente silueta de las bellas torres y capiteles de Varsovia. Es un perfil sublime y un recuerdo de aquellos brillantes días en que, unida Polonia a Lituania, en 1596, se convertía la capital polaca en sucesión de la histórica ciudad de Cracovia. Casi toda su historia, desde esa fecha hasta nuestros

**Fantán Merck**  
gota  
reumatismo  
¡No irrita el estómago!

días, ha sido coloreada por la salpicadura roja de la guerra y de los tumultos. Pero frente a sus adversidades, el gran espíritu nacional de Polonia lo ha resistido todo, y la Varsovia de hoy es un bello ejemplo de ilustración y cultura. A pesar del criterio que se tenía formado en lo pasado acerca de Varsovia como centro de vacaciones, la gente se ha convencido de que esa majestuosa ciudad, aunque tiene mucho de antiguo, tiene, sin embargo, un aspecto moderno, cuyos atractivos pueden verse ventajosamente si se dispone de un tiempo relativamente limitado.

En esta ciudad abundan los edificios antiguos y modernos, que nunca dejan de dar una agradable sorpresa. El Gran

Teatro, con sus bellas columnas y clásicos bajorrelieves en la plaza del Teatro, por ejemplo, hacen honor al temperamento cultural y artístico de los polacos. Tampoco faltan, dentro de los límites de la ciudad, las bellezas rurales. Paseando por las veredas de los jardines Lazienki, donde en los calurosos días de verano se alterna con la distinguida sociedad de Varsovia, se halla



uno en un parque, en el cual encuentra uno la tranquilidad apetecida, después de haber visitado la ciudad. Oculto en los jardines Lazienki, como un bello templo junto a un lago del antiguo Japón, se halla un bello castillo blanco, que fué del rey Estanislao Augusto. Aunque ahora está tranquilo y silencioso, ha habido tiempos en que parecía un país de hadas, en el que la nobleza celebraba allí sus fiestas y los frescos que adornaban sus salones eran testigos de animadas orgias.

La antigua ciudad de Varsovia está

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

situada junto al Vístula, el mayor de los ríos polacos, y está separada de la nueva y moderna ciudad por la Plac Zamkowy, o Plaza del Castillo; desde cuyo sitio no puede uno por menos de empezar sus exploraciones.

Aquí, como el nombre indica, está el castillo de los reyes polacos, núcleo de Varsovia, pues a su alrededor se ha formado la ciudad que tenía que ser una de las más brillantes capitales de Europa. Su puntiaguda torre es uno de los distintivos más salientes de la ciudad. Su arquitectura es gótica, siendo una reconstrucción del castillo de los príncipes de Mazovia, el cual, debido a los incendios y a los destrozos causados por las guerras, ha tenido que ser restaurado varias veces. Las habitaciones están decoradas al estilo del último de los re-

## TREPONEMOL SÍFILIS

yes polacos — Estanislao Augusto Poniatowski (1764-95) —, y los ricos muebles, de los que fueron despojados por los rusos, han sido restituidos en 1922. En Stara Warszawa, o antigua Varsovia, las casas son tan antiguas y origi-



nales, que bien merece permanecer allí el mayor tiempo posible y contemplar sus curiosos portales y ventanales esculpados. La plaza del Mercado está en-

## Kelatox: Sedante atóxico.

teramente rodeada de mansiones antiguas, mereciendo especial visita la número 27, una tienda de vinos, con un hermoso patio, y la número 32, de la familia de Baryczka, verdaderamente típica.

Hermoso ejemplo de la arquitectura gótica es la iglesia católica de San Juan, en cuya cripta descansan los restos del gran escritor polaco Henryk Sienkiewicz, a quien se concedió el Premio Nobel.

### RENGLONES CORTOS

—Aquí no salgo de apuros y me marchó. ¡Puede ser que no me vuelvas a ver!  
—Pues préstame cuatro duros.

## "MALTOPOL"

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

MAS VALE buena fama que cintura dorada.

## Vacantes.

Por renuncia, la de médico titular de Bolaños de Campos (Valladolid), partido judicial de Villalón, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 864; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 36; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa a 62 kilómetros de la capital y a 22 de la cabeza de partido. La estación más próxima, a 5 kilómetros. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de La Mallona y sus anejos La Cuenca y Las Fraguas (Soria), partido judicial de Almazán, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 625; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento, a 38 kilómetros de la cabeza de partido y a 22 de la capital. La estación más próxima, Quintana de Ronda, a 16 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Albaida del Aljarafe (Sevilla), partido judicial de Sanlúcar la Mayor, con el haber anual de 2 200 pesetas. Población, 990; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 39; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 6 kilómetros de la cabeza de partido y a 16 de la capital. La estación más próxima, a 3 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Aldeanueva de Figueroa (Salamanca), partido judicial de id., con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 916; categoría 4.ª; fami-

LO PRINCIPAL en Medicina es el éxito terapéutico. Es más importante que todas las investigaciones especiales, por exactas que éstas sean, y que las más ingeniosas teorías.

B. ASCHNER.

PROVERBIO HOLANDES  
Gana poco; pero gana siempre.



CUANDO la célebre novelista francesa Dupin, baronesa Dudévant, universalmente conocida por su seudónimo de *Jorge Sand*, quiso visitar un convento de Cartujos, en donde no pueden tener entrada las mujeres, se vistió de hombre, y, entre varios de éstos, creyó pasar inadvertida.

Pero el padre portero descubrió la supechería, y dijo, deteniéndola:  
—*Caballero*, aquí no entran señoras.

LA CIENCIA no es más que la gramática mundial; pero es necesario conocerla a fondo para poder hablar.

KEYSERLING.

## Urosolvina: eficaz antiúrico.

## VARIAS NOTICIAS

### NECROLOGÍAS

En Valladolid ha fallecido el general inspector médico de Sanidad Militar D. Rafael López Jiménez, hermano político del ex decano de aquella Facultad D. Salvino Sierra Val, a quien acompañamos en su duelo.

—En Cáceres ha fallecido doña Magdalena Mora, viuda de nuestro antiguo y buen amigo el médico D. Ricardo Villar, a cuyos familiares enviamos la fiel expresión de nuestro pesar.

—En Almoguera (Guadalajara) ha fallecido D. Ramón Alonso Real, suscriptor a nuestro periódico desde 1900. A

## IODARSOLO

Primer producto de yodo y arsénico.  
**BALDACCIO - PISA**

su familia enviamos nuestro pésame sincero.

lias incluídas en la Beneficencia 30; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad. Iguales 5.350 pesetas.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 25 kilómetros de la capital. La estación más próxima, a 13 kilómetros. Carretera.

—Por traslado, la de médico titular de Marín Pardávil (Pontevedra), partido judicial de id., con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 3.014; categoría 2.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 163; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Villa con Ayuntamiento, a 7 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Carretera. Rfo. Ferrocarril en construcción.

—Por renuncia, la de médico titular de Medranda y sus anejos Castilblanco de Henares, Jirueque y Torremocha de Jadraque (Guadalajara), partido judicial de Atienza, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.056; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 1 de Julio.

*Observaciones.*—Concurso de antigüedad.

*Datos.*—Lugar con Ayuntamiento, a 28 kilómetros de la cabeza de partido y a 50 de la capital. Población, 407. La estación más próxima Jadraque, a 8 kilómetros. Rfo.

### Practicantes.

Fuentelmonge (Soria), practicante y matrona, 495 pesetas. Solicitudes hasta el 18 de Junio.

Garrafe de Torío (León), 750 pesetas. Solicitudes hasta el 28 de Junio.

Se ofrece médico para substituir a compañero durante el tiempo necesario. Para más detalles dirigirse a D. E. García, médico. Núñez de Balboa, 127.



## 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.  
Clima de montaña, 780 metros.

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

**HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.**

## AGUAS DE MARMOLEJO

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

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

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

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

**Gran Hotel del Balneario. Todo confort.**

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

## LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

### LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

Simbiosis de fermentos lácticos y búl-  
garos 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, etcé-  
tera, es de notable éxito.

### LACTOBULGARINA

## AGUAS MINERALES NATURALES DE

# CARABANA

“LA FAVORITA”

**PURGANTES - DEPURATIVAS - ANTIBILIOSAS - ANTIHERPETICAS**

**PROPIETARIOS: HIJOS DE R. J. CHAVARRI**

**MADRID**



## Jarabe “DEYEN” de Manzana Laxante.

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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



# SANATORIO 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

## Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMACAL  
**SAIZ DE CARLOS**  
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.

## 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)

## 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, Disnea y los Catarros crónicos, haciendo cesar la fatiga y produciendo una suave expectoración.

**PRECIO: 6,50 pesetas frasco.**

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

## ESTABLECIMIENTO BALNEARIO DE ARNEDILLO (LOGROÑO)

Aguas termales (52° 5 c.) clorurado-sódicas (5 gramos en litro), sulfatado-bromuradas, con litio y rubidio, notablemente radioactivas (1.142 voltios hora litro).

Especialísimas en la curación del reumatismo, gota, ciática, artritis, escrofulismo, luxaciones, fracturas, heridas, úlceras, gripe mal curada, etc., etc.

Aplicaciones completas de LODOS vegeto-minerales, únicos en el mundo.

Hotel del Balneario. Precios moderados. Excelente trato. Todo confort.

Viaje estación de CALAHORRA. — 15 Junio a 30 Septiembre.

Detalles, folletos, etc.: GERENCIA

## ALMORRANAS



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



de la cadera. Pero además las lesiones tuberculosas se pueden extender al hueso coxal, produciendo osteitis y periostitis con formación de osteofitos y espesamientos que estrechan mucho la pelvis. Si bien esto es excepcional, no lo es que la tuberculosis se haga extensiva a la articulación sacroilíaca del mismo lado que la cadera enferma, y entonces el diámetro oblicuo en cuestión, que ya estaba reducido por el aplanamiento del lado sano, se reduce más aún. Las dificultades para el parto son mayores en la pelvis viciada a consecuencia de la coxalgia que en la que lo está por luxación congénita de la cadera. Además, en estas enfermas no es prudente practicar operaciones como la sinfisiotomía, porque con ellas se despertaría de nuevo, probablemente, el proceso tuberculoso que padecieron y que nunca se tiene la seguridad de que se halle del todo curado. Por tanto, ante una desproporción entre el tamaño de la cabeza fetal y la amplitud de la pelvis se procederá a la provocación del parto prematuro o a la operación cesárea si fuese ya muy tarde para aquélla, puesto que la cesárea es menos peligrosa para la lesión tuberculosa que las operaciones óseas.

Veamos ahora los obstáculos que pueden crear las anomalías de la columna vertebral para el paso del feto por los estrechos de la pelvis. Las alteraciones patológicas de la columna vertebral pueden dar lugar a desviaciones de la misma de tal modo que la convexidad se dirija hacia adelante (lordosis), hacia atrás (cifosis) o hacia uno de los lados (escoliosis). En este último caso se habla también de escoliosis derecha o izquierda, según el sitio hacia donde se encuentre la convexidad. Además, llevan estas desviaciones el nombre de la región de la columna vertebral en que se encuentran.

La repulsión que tienen sobre la dirección y aun sobre las dimensiones de la pelvis depende de la desviación del centro de gravedad que ocasionan. En la cifosis, el centro de gravedad se desplaza hacia atrás y con él la base del sacro, desviándose, en cambio, hacia adelante el vértice del mismo. Resulta, pues, que en esta deformidad se aumenta el estrecho superior y disminuye el inferior. Al mismo

sinfisiotomía. La aplicación de fórceps o la versión solamente se intentarán cuando se tenga la seguridad de que será posible la extracción del feto, porque de lo contrario se hará sufrir a éste sin provecho posible. Además, sobre todo cuando se ha hecho la versión, si no se consigue extraer el feto ya no es posible la sinfisiotomía o la pubotomía y lo único que queda para poder practicar es la cefalotripsia que es intervención siempre ingrata. Ahora bien; la sinfisiotomía y su variante la pubotomía de que hemos hablado varias veces no se debe hacer sino en casos absolutamente indispensables, pues si bien su técnica no es difícil ni su mortalidad muy elevada, en cambio es muy frecuente que quede una soldadura deficiente o que no haya soldadura alguna y la mujer puede conservar una incapacidad muy grave para el trabajo.

Tras de la pelvis viciada por el raquitismo, es preciso estudiar la que lo está por la osteomalacia. Consiste esta enfermedad, como se sabe, en que los huesos de una persona adulta pierden su consistencia, y se hacen blandos como el cartilago. La consecuencia es que la pelvis, en la que se encuentran varias líneas de fuerza, se deforma del modo siguiente: Por la presión de la columna vertebral sobre la base del sacro la curvatura de éste se acentúa, adquiriendo su cara anterior aproximadamente el perfil de un anzuelo. Además, las cavidades cotiloideas se aproximan entre sí y se aproximan al sacro de modo que las dos ramas horizontales del pubis se colocan casi paralelas entre sí y en dirección anteroposterior. El espacio que queda entre ellas es una hendidura en la que unas veces puede penetrar el dedo, pero que otras veces es completamente lineal.

En cuanto a la conducta del tocólogo cuando una mujer osteomalácica esté embarazada, será la siguiente: si desde los primeros meses del embarazo se encuentran ya las deformidades muy avanzadas, será lo más prudente interrumpir el embarazo para no poner en peligro la vida de la madre. Si se encuentra ya el embarazo más avanzado o si se cree posible contemporizar, se hará el tratamiento de la osteomalacia (véase ésta), y se tendrá a la enferma en reposo



en cama para evitar que las deformidades se acentúen más. La conducta en el momento mismo del parto será la misma que en el caso de la pelvis raquítica.

Los vicios por lesión de una articulación sacroilíaca crean muchas veces la pelvis ovalada y oblicua, cuyo pronóstico es grave para la madre y para el feto. Es preciso reconocerla a tiempo. Si la desviación no es muy grande, todo el esfuerzo del tocólogo se debe dirigir a colocar el occipucio en la parte más ancha de la pelvis; si no, o bien se practica la operación cesárea o la sección de la rama horizontal del pubis y de la rama ascendente del isquión en el lado enfermo a unos 5 centímetros de la línea media. Esta operación es preferible a la sinfisiotomía por lo siguiente: en la sinfisiotomía, separados los dos pubis, los dos huesos ilíacos se pueden separar algunos centímetros uno de otro gracias a la movilidad que tienen en las articulaciones sacroilíacas; pero en el caso de que tratamos una de estas articulaciones se encuentra anquilosada y, por tanto, la movilidad tiene que reducirse a un lado solo, lo que hace que esta motilidad sea insuficiente. En cambio, con la isquiopubotomía han de ceder la articulación sacrocoxígea del lado sano y la sínfisis del pubis, permitiendo al segmento que queda entre ésta y la sección una movilidad mayor. Cuando esta afección se encuentra en las dos articulaciones sacroilíacas resulta la pelvis ovalada, simétrica, con gran aplanamiento transversal. En todos los casos en que se ha encontrado este vicio de conformación ha sido imposible el parto por las vías naturales y no ha habido más remedio que acudir a la operación cesárea.

Las lesiones de la articulación coxofemoral pueden tener mucha importancia para la conformación de la pelvis y el mecanismo del parto. Así, por ejemplo, la luxación congénita de la cadera crea una deficiencia de resistencia entre ambos miembros inferiores que se traduce por la inclinación de la enferma hacia un lado, y como quiera que este defecto suele ser congénito, resulta a la larga una deformidad de la pelvis. Una cosa parecida sucede cuando se trata de una lesión monolateral de la articulación, por ejemplo, de una

coxalgia que se produjo en la infancia. Ahora bien; en este caso no se trata solamente de la deformidad en la marcha y en la posición de pie, sino que la lesión se extiende muchas veces a las demás articulaciones y, por tanto, crea nuevas dificultades para el parto.

Cuando el vicio de la pelvis se debe a la luxación congénita bilateral, la pelvis misma apenas se encuentra deformada, pero su posición no es normal porque se halla sumamente volcada hacia adelante, de modo que el plano del estrecho superior es casi vertical. Esta anomalía de posición, que se traduce por una enorme ensilladura lumbar, hace que el útero se encuentre casi siempre en anteversión. Muchas veces el embarazo crea en estas enfermas una alteración tal del equilibrio que son corrientes las caídas. Habitualmente la pelvis de estas enfermas no crea dificultades para el parto, pero la posición viciosa del útero puede determinar encajamientos viciosos de la cabeza y es preciso corregirla. Igualmente para el alumbramiento es preciso corregir la posición viciosa del útero con el fin de que la expulsión de la placenta no tropiece con dificultad alguna. Cuando la luxación congénita de la cadera es monolateral, la pelvis es asimétrica, de forma que el diámetro oblicuo del lado sano (es decir, el que tiene el extremo anterior en la eminencia iliopectínea del lado sano y el posterior en la articulación sacroilíaca del lado enfermo) es más pequeño que el otro. La parte ancha de la pelvis se encuentra en el lado enfermo; la pared estrecha en el lado sano. Aunque el parto con estas pelvis es algo más difícil que en las que tienen luxación congénita doble, no por eso suele ser muy difícil. Los únicos diámetros que se encuentran disminuidos son los anteroposteriores, y la disminución muy pocas veces será tal que obligue a provocar el parto prematuro.

Las viciaciones consecutivas a la coxalgia consisten en primer término en un aplanamiento del lado sano de la pelvis, porque soliendo aparecer la coxalgia en la infancia, a partir de entonces carga el enfermo la mayor parte del peso del cuerpo sobre el lado sano. En esto se parece la desviación a la que puede provocar la luxación congénita



PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS  
**ELIXIR CLÓRHIDRO FÉPSICO AMARGÓS**  
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

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

**SANATORIO DEL PARQUE-DAVOS**

(ANTES SANATORIO TURBAN)

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

**Médico Director: Dr. F. BAUER**

**DERMATOSIS INFANTILES**

desaparecen rápidamente con

**DEPURATIVO INFANTIL CABALLERO**

de sabor agradabilísimo.

**PASTA POROSA CABALLERO (Dermatosis rezumantes).**

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

**AGUA MINERAL BETTER**

LA MEJOR PARA LA MESA

**Lítica. — Bicarbonatada. — Sódica.**

ESTÓMAGO-RIÑONES-DIABETES-OBESIDAD

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

**ANALISIS**

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

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

FUNDADO EN 1866.

**ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO**  
**BENGALAI**

**ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA**  
De venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIENA S. C. BARCELONA Apt. 229.  
A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

**HIERRO QUEVENNE**

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

**VACANTES**

(Véanse en la pág. 4.ª de Tertulia)

**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.

Giros recibidos durante el mes de Mayo, sin poder aplicar por falta de datos.

D. Santiago Hijosa.—Toledo.

**TINTURA COCHEUX** cura la Gota, Reumatismo

— y el Mal de Piedra. —

Exito en los Hospitales desde 1848.  
En todas las farmacias.—Al por mayor TAVERNIER & AGUETTANT.—LYON (Francia).

D. José Rura.—Toledo.

D. Enrique Martín.—Beasain.

D. Luis B. Duarte.—Pagado fin de Junio de 1932.

D. Adolfo Cuadrado Sánchez.—Id. fin Julio 1931.

D. Cándido Oyamburu.—Id. fin Diciembre 1931.

D. Francisco García González.—Id. fin Marzo 1932.

D. José Segarra y Segarra.—Id. fin Diciembre 1931.

D. Isidro Nevares Moreno.—Id. fin Abril 1932.

(Se continuará.)



Para combatir la dispepsia, hiperclorhidria y ulcus gástrico...

y en general todas las alteraciones funcionales de la digestión, prescriben los médicos Gastrosalus, combinación estable de alcalinos altamente neutralizante, que no contiene calmantes, analgésicos, tóxicos, ni ninguna sustancia nociva, y que normaliza el fisiologismo digestivo sin suprimir ni atenuar la secreción normal.

Preparado por su autor  
el Farmacéutico  
D. RICARDO COMPANY

Una o dos cucharaditas pequeñas de Gastrosalus disuelto en un cortadillo de agua, té, tila o cualquier otra infusión ligera, después de cada comida y siempre que se adviertan molestias digestivas, alivia, cura y evita las afecciones gastro intestinales, tan frecuentes en época de verano. Es de sabor agradable; refresca y tonifica.

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

# GASTROSALUS



## EL PRURITO EN DERMATOLOGIA

En la mayor parte de las enfermedades de la piel, el prurito desempeña un papel capital. A sus molestias une la agravación consecutiva al rascado, que a veces disemina la lesión. Por ello la medicación antipruriginosa es de excepcional importancia en dermatología. El BALSAMO BEBÉ posee cualidades imponderables para el tratamiento externo. La mezcla de subnitrate de bismuto y de óxido de zinc que contiene le hace antiséptico, astringente y sedante del dolor. El kaolin que entra en su composición, impide la posible toxicidad por absorción y le hace inocuo y extremadamente enérgico. De ahí la gran eficacia del BALSAMO BEBÉ en los eczemas húmedos, seborreas, intertrigo, prurito vulgar, herpes y demás enfermedades de la piel en las que el dolor es la característica dominante.

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



# BALSAMO BEBE



## 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.—Homenaje al Dr. Sánchez Taboada, por S.—Academias, Sociedades y Conferencias.—En vísperas de una de tantas Asambleas, por Manuel Martínez Saldice.—Colegio Oficial de Médicos.—Colegio de Huérfanos.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

## Boletín de la semana.

## Momentos críticos.

Negar que atravesamos un momento histórico para la patria y para cada una de las manifestaciones de su vitalidad, sería tan estúpido (por no calificarlo de menos dulce manera) como la afirmación de un individuo que, sorprendido por una violenta tormenta, se consolara, o con el recuerdo de los tiempos plácidos, o con la esperanza del restablecimiento de las circunstancias normales.

Esta irrupción del régimen republicano, improvisadamente librepensador e innegablemente reformista por ansia del porvenir y escarmiento de lo pasado, nos permitimos creer que no ha tenido igual en el régimen político de nuestro país y creemos firmemente que marcará una etapa en la historia del mismo, no sabemos si para su resurgimiento a los remotos ideales que procuró realizar o para continuación de inercia hacia el derrumbamiento que desde hace dos siglos va bajando. Los que vivimos el momento actual tendremos siempre una responsabilidad enorme, de que no nos damos quizá completa cuenta ante ese porvenir que se llama histórico. En las actuaciones que nuestros descontentos, nuestras ilusiones y nuestra inquietud moral y física nos hacen sentir, sólo hay una cosa despreciable: la indiferencia, y sólo hay una cosa que debemos mirar con indulgencia: la incompreensión.

El momento es solemne; la ocasión, quizás única; pero la justificación de nuestras opiniones es muy reducida si atendemos únicamente, en medio de las agitaciones generales, a los egoístas sentimientos y a las aspiraciones enfocadas de un bienestar aplicado a una sola expresión de la aspiración del mejoramiento universal.

La Medicina tiene entre todas las manifestaciones de esperanza y todos los recuerdos de fracaso, el convencimiento de ser una de las menos atendidas, quizás la más, de las necesidades imperiosas que toda sociedad culta debe realizar para llegar al cumplimiento de sus ideales.

Pero es lo cierto que por unas o por otras razo-

nes, las unas de carácter material, egoísta y transitorio, pero al fin razones atendibles; las otras de carácter ideal profundamente reformador y de inspiración sublime y caritativa, aparecen, primeramente como escaramuzas previsoras de un gran combate y siempre con profundas exigencias de un mejoramiento social en una lucha que no solamente nos desgasta y aniquila, sino que nos presenta en un aspecto denigrante ante el desinteresado juicio de los pensadores y de los gobernantes.

Es preciso pensar en esto; es necesario no suponer que las quejas y aun los alaridos arrancados a molestias transitorias aunque profundas, constituyan el núcleo mismo del problema de nuestro desconsuelo y nuestro pesimismo. La Medicina atraviesa, no solamente en España, en el mundo entero, una crisis importante, cuyas raíces y fundamentos arrancan en sus múltiple carácter de ciencia biológica, imposición profesional de remedio a los males sociales y oficio industrial de aprovechamiento para la redención de todos los males que afligen, con la sociedad misma, a los individuos a quienes ella ha capacitado para remediar tales males.

Como la Medicina no es realmente una ciencia única hay que considerarla para su justa estimación desde tres puntos de vista: como ciencia biológica, como empresa reparadora de los males físicos de la sociedad y previsoras para su evitación, y como modo honrado de vivir para las personas que ejercen y dedican su vida a los dos anteriores aspectos.

El asunto es demasiado amplio y quizá demasiado profundo para tratado en un artículo de pura impresión semanal; pero cuando las impresiones que se han adquirido en los problemas, cualquiera que sea la profundidad de éstos, son bastante hondas, siempre se encuentra algún motivo o aspecto para poderlos tratar con completa libertad y, sobre todo, con serenidad de ánimo y convencimiento de aspiración a la justicia.

Todas éstas, o por lo menos muchas de las reflexiones a que estos pensamientos dan lugar, nos las ha despertado la lectura de un artículo de nuestro querido y casi filial amigo D. Enrique Slócker, en el cual sintiéndose acuciado por el de-



seo del *acierto* ante el *desconcierto* que en su rededor palpa, propone como remedio radical el de la supresión de Facultades de Medicina.

Dicho esto así produce la primera impresión de que para combatir el hambre en un país fuese remedio el prohibir el cultivo de las tierras en algunas de las regiones del país mismo. Y sin embargo debemos decir con entera franqueza que el Sr. Slócker tiene razón en lo que propone; pero la tiene dentro del modo de ser actual de la enseñanza, de su acceso a ella por improvisación incomprensible, y del excesivo número de capacidades obtenidas por los procedimientos egoístas de un método oficial y nepótico que erige en maestros, sin limitar su número, a jóvenes improvisados en su mayor parte, y que al sentirse capacitados por un nombramiento burocrático, excluyen a todo medio de enseñanza de la capacidad y obtención de un título que ellos obtuvieron sabe Dios cómo y sin darse cuenta de por qué; pero que en cambio erigen en un procedimiento dictatorial a nombre de una teocracia docente, que vociferando en sus orígenes se hace sentir como más impositiva y tiránica en el momento de alcanzar el soñado puesto en los organismos oficiales.

Estas nuestras afirmaciones, quizás ásperas y seguramente amargas para los sabios de vuelillo, escalafón y quinquenios, merecen ser tratadas más despacio y con algún desenvolvimiento además del sentir muy noble y plausible del que se desprende del artículo notable del Sr. Slócker. No renunciamos a hacerlo; pero por de pronto diremos que las Facultades de Medicina universitarias deben reducirse como el Sr. Slócker quiere en cuatro, cinco o quizás más; pero que las *Escuelas de Medicina*, esto es, los centros en que los estudiosos, capacitados por serios estudios biológicos en las Universidades restantes deben aumentarse en el número que consientan los medios de enseñanza en los diferentes centros de población.

En una palabra, hay que aprender biología, biología y más biología, y luego hay que aplicar al estudio y al aprovechamiento de los que la biología ha enseñado y la práctica nos presenta todas las condiciones de experimentación, de investigación y de aptitud personal que procuren a la sociedad la evitación de sus enfermedades y la curación de las que a pesar de nuestros esfuerzos hayan sobrevenido como azotes colectivos o como accidentes personales.

No sabemos si hemos estado acertados en nuestra exposición improvisada, siquiera ella haya sido tan repetidas veces formulada por nosotros; pero sí la resumiremos en estos puntos:

1.º Mejora y perfeccionamiento de los estudios biológicos (esto a cuenta del Estado).

2.º Atención a la higiene administrativa, colectiva e individual.

3.º Capacitación y sostenimiento por el Estado de los de las dos anteriores enseñanzas y de los funcionarios a ellas afectos.

4.º División limitada de los títulos de médicos concedidos por el Estado o simplemente autorizados por él. Los del primer carácter, numéricamente limitado e ilimitados los segundos.

Estas cuestiones son las que a nuestro juicio deben hoy ocupar nuestra atención antes de elegir representantes en las Cortes Constituyentes, y aún más antes de que éstas puedan proceder a una estructuración, que por su espíritu legislativo pudiera tener cierto carácter de permanente dentro de lo que pueden tener las Instituciones en todos los países, y muy particularmente en los meridionales y polirraciales.

DECIO CARLAN

### Homenaje al Dr. Sánchez Taboada.

En el Colegio de Médicos y a presencia del inspector general de Sanidad interior que representaba al director, el inspector provincial Dr. Bardají, el presidente de la Federación de Practicantes, el del Colegio de Madrid y una gran concurrencia... se procedió el sábado a la entrega del nombramiento de presidente honorario del Colegio de Auxiliares de Medicina y Cirugía, que de este modo han querido exteriorizar su gratitud a su consejero y protector el doctor D. Mario Sánchez Taboada.

El Sr. Panero, a nombre del Colegio de Practicantes, cumple tan grato encargo, encareciendo al propio tiempo los servicios y buena voluntad de que siempre hallaron propicio al Dr. Taboada.

El inspector provincial Dr. Bardají encomia a su vez las dotes de que está adornado el aventajado dermatólogo y subdelegado Dr. Taboada, a quien felicita.

Este a su vez da a todos las gracias por el homenaje y lisonjeras frases que se le dedican, y hace nuevas protestas de su amistosa consideración a la humilde e inteligente clase de practicantes, que a la terminación de su discurso le aplauden y felicitan entusiasmados.

El Sr. Ruesta pone fin al acto asociándose al homenaje y prometiendo hacerse intérprete cerca del señor director de las aspiraciones que los practicantes le confían.—S.

### Academias, Sociedades y Conferencias

#### MADRID

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

*Sesión especial, 8 de Junio de 1931.*

CONSTITUCIÓN EN PATOLOGÍA

PATOLOGÍA CONSTITUCIONAL

(Generalidades.)

Ponente: Dr. Oliver Pascual.

*Conclusiones.*

1.ª Entendemos por Constitución Individual, de acuerdo con la definición y terminología de J. Bauer y de la mayor



parte de los investigadores sobre la cuestión, todo aquel complejo de cualidades germinales, responsables de que el individuo pertenezca a una especie, raza, familia y sexo determinados, y de que cada sujeto tenga su «personalidad individual», merced a la inagotable diversidad en el modo de mezclarse las «disposiciones hereditarias» *ogenes*. El *genotipo* de Johanssen, o la Constitución Idiotípica (Idiotipo de Siemens) son conceptos análogos.

2.<sup>a</sup> Puesto que no hay propiedad alguna que sea exclusivamente constitucional o exclusivamente condicional en el momento en que es observada por el médico, diremos que toda realidad clínica está siempre condicionada por el medio. Por consiguiente, la idea de Constitución solamente nos servirá para indicarnos aquella dirección especial y propia que sigue cada individuo en su reacción al medio y en el ciclo de su evolución.

3.<sup>a</sup> Aunque no tenemos suficiente base para llevar a la clínica la terminología y los hechos recogidos por los investigadores sobre Genética, podemos llegar, mediante una sistemática adecuada, a utilizar en la clínica muchas de las leyes y deducciones de la ciencia de la herencia.

4.<sup>a</sup> Según el criterio Syzygiológico de Kraus, es preciso reconocer que la mayor parte de las cualidades o características humanas son originadas de un modo complejo y están ligadas entre sí con arreglo a un orden individual. Aunque no se puede aceptar el concepto de Martius sobre las «Constituciones Parciales», es preciso reconocer que ciertas peculiaridades constitucionales de índole anatómica funcional o evolutiva solamente en parte son producidas por vía de la correlación o conexión recíproca entre diversas «Constelaciones».

5.<sup>a</sup> Es necesario reconocer que, aunque el estudio de la Tipobiología está en las primeras fases de su desarrollo, nos ofrece una perspectiva muy rica en deducciones sumamente útiles en la práctica médica.

6.<sup>a</sup> En el momento actual sólo puede ofrecernos la Patología Constitucional especial un cuestionario o enumeración de problemas de sumo interés, pero que no puede resolver totalmente.

#### CONSTITUCIÓN Y ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO

Ponente: Dr. C. Jiménez-Díaz.

Dentro del inmenso campo que abarca este estudio, hemos creído preferible limitarnos a la consideración de algunos puntos escuetos, a los que hemos dedicado personalmente la atención. En esos puntos podemos hacer las siguientes

#### Conclusiones.

1.<sup>a</sup> Existe una importante influencia constitucional en la evolución de las lesiones circulatorias en cada sujeto; la causa de esta influencia se ve clara cuando se considera al corazón como un órgano dentro del gran sistema del aporte.

2.<sup>a</sup> De la relación funcional constitucional entre el aparato central y el periférico del sistema de aporte, depende, en efecto, el destino ulterior del enfermo de corazón en gran parte.

3.<sup>a</sup> Las variaciones del tono cardíaco, de importante intervención en la evolución de estas enfermedades, pueden ser constitucionales; en este caso suelen ir pareadas a tras tornos en el mismo sentido del tono vascular.

4.<sup>a</sup> El estado de hipotonía habitual (cardiovascular), que merece gran atención por su frecuencia clínica y su variedad sintomatológica, es una alteración constitucional del tono.

5.<sup>a</sup> Igualmente debe ser considerado el estado hipertónico, que sería una disregulación vegetativa constitucional frente a anormalidad de otras constantes orgánicas, pareadas a la presión arterial.

6.<sup>a</sup> La respuesta del sistema circulatorio frente a las diferentes noxas y la curva de su involución son expresión en gran parte de las propiedades constitucionales, locales y generales (metabólicas) del sujeto.

#### CONSTITUCIÓN EN PSIQUIATRÍA

Ponente: Dr. J. M. Sacristán.

#### Conclusiones.

1.<sup>a</sup> Los conceptos de constitución que expresan de un modo restringido tendencias unilaterales (genotipo y fenotipo), son hoy insuficientes, especialmente para el psiquiatra.

2.<sup>a</sup> Se aprecia actualmente un retorno al concepto clínico primero de constitución.

3.<sup>a</sup> Constitución es, por tanto, la propiedad del organismo expresada en el modo de reacción frente a los estímulos y en la disposición a la enfermedad (Hoffmann, Kahn).

4.<sup>a</sup> El lado psíquico constitucional se halla en primer plano para el psiquiatra y el somático, solamente, cuando éste determina la conducta psíquica.

5.<sup>a</sup> La influencia hereditaria (genotipo) es de importancia decisiva para la evolución psíquica del individuo (actitud y conducta frente al mundo circundante).

6.<sup>a</sup> El influjo del medio no debe relegarse a un papel inferior; su influencia queda condicionada por la herencia.

7.<sup>a</sup> «La tipología de Kretschmer forma el punto de cristalización de las investigaciones constitucionales en Psiquiatría» (Hoffmann). De aquí, a pesar de la crítica adversa, su creciente significación.

8.<sup>a</sup> Las investigaciones de los hermanos Jaensch y de su escuela, sobre tipología humana, quedan, en cierto modo, alejadas de la investigación constitucional psiquiátrica. Los dos grupos de tipos descritos por Jaensch—integrados y desintegrados—coinciden *mutatis mutandis* con los tipos de Kretschmer. La constitución eidética debe ser tenida muy en cuenta.

9.<sup>a</sup> Entre las relaciones de constitución, temperamento y carácter, subsiste aún cierta confusión. Sobresalen las investigaciones de Ewald, que en oposición a otros, ofrecen una base clínica, que forman un sistema caracterológico digno de mención. «En el organismo humano no hay casi órgano alguno que no se halle en correlación funcional con la totalidad del organismo y no intervenga en las funciones nerviosas centrales y de otros sistemas, por tanto, en la estructura del carácter. Ello da un valor decisivo al substratum biológico de los componentes básicos de la personalidad.» (Birnbäum.)

10. El sistema caracterológico estructural de Ewald es de sumo valor para investigaciones futuras, y pone de nuevo en primer plano al sistema de Klages, que admite una serie de estratos o capas en la personalidad, de gran significación—como apunta Hoffmann—en el estudio del fenómeno patológico psiquiátrico (trabajos de Storch, Schilder y otros, acerca del pensamiento arcaico-primitivo en la esquizofrenia).

11. Los modernos sistemas o métodos de investigación clínica psiquiátrica (análisis estructural, diagnóstico polidimensional) ofrecen, merced a la patología constitucional psiquiátrica, un fructífero porvenir.

12. Para algunos investigadores—como Hoffmann—es posible una *terapéutica constitucional* en psiquiatría. La constitución lleva en sí, aun cuando en modo limitado, una cier-



ta capacidad de desplazamiento, por lo que todo resultado psicoterapéutico permanente no sólo consiste en la desviación de un síntoma fenotípico, sino en un cambio (Umstimung) de la estructura.

\*\*\*

#### SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

*Sesión del 2 de Junio.*

Presidida por el Dr. Mariscal.

El Sr. Paz Maroto lee las conclusiones en que condensa su trabajo «El futuro Madrid desde el punto de vista higiénico», que ya publicaremos cuando en definitiva queden discutidas y aprobadas.

El Sr. Yagüe facilita al Sr. Paz Maroto por el premio obtenido con su proyecto en el concurso internacional. Considera que éste por su excesivo coste será muy difícil implantarlo en toda su integridad, porque las ciudades satélites llevan tras sí la necesidad ineludible de instalar previamente los apropiados medios de transporte que como secuela forzosa encarecen la vida en ellas.

El Sr. Olea, razonador y detallista, aboga por la nacionalización del proyecto en forma de ley de urbanización con las características locales obligadas, que a nadie puede ocultarse serían de muy remota realización en términos generales.

El Sr. Vázquez Lefort defiende y considera viable el proyecto, que a su juicio no debiera tropezar con obstáculos económicos que hagan olvidar que la salud nacional será siempre la mayor riqueza.

El presidente, Sr. Mariscal, encomia el trabajo del señor Paz Maroto, calificándole de muy perfecto y práctico; rememora los tiempos en que el Consejo de Urbanización formaba parte del de Sanidad, y hace por último algunas oportunas apreciaciones a las 4.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup> conclusiones, con las cuales da por terminada la sesión.

¡Qué lástima que asunto de tanta monta y tan bien enfocado no haya sido presentado a discusión con mayor tiempo y oportunidad!—*Sedisal.*

\*\*\*

#### ACADEMIA ESPAÑOLA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA

*Sesión del día 3 de Junio de 1931.*

Presidencia, Dr. Bejarano.

Al comienzo de la sesión el secretario de actas, Dr. Tomé Bona, da lectura al acta de la anterior.

**Dr. Gay Prieto:** Presenta un enfermo afecto de un intenso prurito que en primer término hizo sospechar en un origen parasitario, pero que más tarde, desechado por completo éste, pudo comprobarse que se encontraba en dependencia directa con una hipoglucemia.

El examen de la glucosa en sangre dió en este enfermo una cifra de 0,4 por 100, siendo, como todos saben, la cifra normal en ayunas de 1 a 1,10 gramos por 1.000.

Por estas circunstancias fué tratado con inyecciones hipotónicas de suero glucosado, con lo que se ha conseguido una mejoría extraordinaria.

Con motivo de este caso efectúa el comunicante una serie de consideraciones referentes principalmente a la reciente comunicación del Dr. Bejarano sobre esta cuestión, siendo su caso, por lo tanto, un dato más en favor de las apreciaciones del presidente de esta Corporación.

**Dr. Fernández de la Portilla:** Interviene para afirmar

que esta cuestión de la hipoglucemia en los pruritos no es nueva, como parecía indicar Gay, ya que hace bastantes años el Dr. Sáinz de Aja dió a conocer a esta misma Academia los excelentes resultados que en el tratamiento de los pruritos rebeldes proporcionaban las inyecciones de suero glucosado.

**Dr. Bejarano:** Dice que las primeras noticias que se han tenido sobre la posible existencia de pruritos hipoglucémicos son de orden absolutamente empírico por haberse comprobado que en algunos casos de este síndrome iba bien el suero glucosado y en otros mal. Estos primeros datos fueron ya señalados por él, en unión del profesor Covisa, hace unos años.

Actualmente la cosa ha variado de aspecto por haber entrado en un verdadero cauce científico, ya que en los casos de su pasada comunicación y en el de Gay que se debate hoy, planteóse el tratamiento glucosado después de comprobar el déficit sanguíneo de esta substancia.

**Dr. Gay:** En su rectificación agradece las intervenciones de los Dres. Fernández de la Portilla y Bejarano, mostrándose en un todo acorde con las palabras pronunciadas por este último.

**Dres. Bejarano y Enterria:** Presentan dos enfermos de sífilis florida secundaria tratados con cacodilato de bismuto por vía intravenosa. Se trata de un compuesto preparado por un compañero y debidamente experimentado en cuanto a su posible toxicidad en los animales de laboratorio. Los resultados obtenidos con esta sal pueden calificarse de brillantísimos, ya que los treponemas desaparecieron en las lesiones al siguiente día de la primera inyección.

La cantidad inyectada en un principio fué la de 0,08 gramos en 2 c. c., siendo posteriormente rebajada a 0,04 por dar lugar a intensas odontalgias. Esta última dosis ha sido perfectamente tolerada.

Con este motivo hacen algunas consideraciones sobre la extraordinaria actividad y tolerancia del cacodilato de bismuto, compuesto hidrosoluble, en un todo comparable por su eficacia al neosalvarsán.

Con motivo de esta interesante comunicación intervienen muy brevemente los Dres. Fernández de la Portilla, Alvarez Cascos y Gay, rectificando el Dr. Bejarano.

**Dr. Enterria:** Da lectura a continuación a su anunciado trabajo sobre «El tratamiento intradérmico de la pelada». Se refiere al método propuesto por Djoritch de la inyección intradérmica de leche esterilizada en las placas de pelada. Da cuenta de los resultados obtenidos, los cuales son contradictorios. En algunos casos pueden calificarse de brillantísimos, siendo en otros, por el contrario, poco lucidos, especialmente en un caso de pelada decalvante y en otros dos de placas marginales.

Termina diciendo que se trata de un método irritativo muy digno de tenerse en cuenta por su fácil aplicación y gran eficacia en algunos casos.

Con motivo de esta comunicación intervienen los doctores Bertoloty y Portilla, citando casos contradictorios.

**Dr. Bertoloty:** Da lectura a su anunciada comunicación sobre «El terreno en blenorragia», pasando una revista a los diversos factores somáticos y exógenos que pueden transformar la evolución de la gonococia.

Para exponer algunos detalles intervienen los doctores Gay y Hombria.

En último término, el Dr. Alvarez Cascos da cuenta de un caso de adenoepitelioma sebáceo, del cual presenta un copioso material histológico.—*Dr. M.*

\*\*\*





LABORATOIRE NATIVELLE

27, Rue de la Procession — PARIS (15<sup>e</sup>)

**NATIBAÏNE**

ÚNICA ASOCIACIÓN DE  
**DIGITALINE NATIVELLE**  
Y DE  
**OUABAÏNE ARNAUD**

Draeger.

Medalla de Oro, Exposición Universal, París 1900.

**Granulos de CATILLON**

0,001 Extracto Normal de

**STROPHANTUS**

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

**ASISTOLIA, DISPNEA, OPRESION, EDEMA, Lesiones MITRALES**

**Granulos de CATILLON**

0.0001

**STROPHANTINE**

CRISTAL.

**TÓNICO DEL CORAZON POR EXCELENCIA**

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

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

Laboratoire CATILLON, 3, Boulevard St-Martin, PARIS



**MEDICACIÓN • ANTIANAFILACTICA  
POLIVALENTE**

GRAGEAS  
Inalterables sin olor

GRAGEAS INALTERABLES  
GRANULADOS

GRANULADOS

URTICARIA • PRURIGO de los NIÑOS • MIGRAÑAS •

**PEPTALMINE**

4

PEPTO-ALBUMINAS  
y HARINA DE TRIGO  
en la envoltura

TRASTORNOS DIGESTIVOS • ESTROFULO-ECZEMAS •

PEPTONAS  
de CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS  
de HUEVO y de LECHE

---

GRAGEAS

GRAGEAS

CONGESTION del HIGADO • INSUFICIENCIA HEPATICA •

**PEPTALMINE  
MAGNESIADA**

4 PEPTO-ALBUMINAS  
y Sulfato de Magnesia

COLITIS • COLECISTITIS CRONICAS • MIGRAÑAS •

GRAGEAS  
y  
GRANULADOS

GRAGEAS  
y  
GRANULADOS

**COLAGOGO**

*Laboratoire des Produits Scientia Dr. E. Perraudin. Ph.º del.º C/º 21, rue Chaptal. Paris (9º)*



## SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

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

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

---

## INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

Edificio escuela y granja modelo independiente para niños retrasados de inteligencia y con enfermedades nerviosas. Profesorado especializado. Tratamiento médico dirigido per el Dr. Gonzalo R. Lafora.

# ESTOMAGO

Sal de Hunt

**Laboratoires Alph. BRUNOT**  
PARIS

*Muestras y Literatura*  
**Juan Martín, Alcalá 9 MADRID**



## FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID

«DÍA DE LA SALUD». ORGANIZADO POR EL INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD Y PEDAGOGÍA

*Sesión del 6 de Junio de 1931.*

En el anfiteatro grande de la Facultad de Medicina de Madrid, y ante una numerosa y distinguida concurrencia, celebróse el pasado sábado el llamado «Día de la Salud», organizado por el Instituto Nacional de Sanidad y Pedagogía.

Sustentó la representación del Gobierno de la República en este acto, el inspector general de Instituciones Sanitarias Dr. Sadí Buen.

En primer término hizo uso de la palabra el decano de la Facultad de Medicina Dr. Recasens, pronunciando unas elocuentes frases de saludo a los organizadores y asistentes a este acto. A continuación insistió sobre la necesidad de proseguir sin vacilaciones la lucha en favor de la educación e higiene sexual, considerándola de fundamental trascendencia para la vitalidad y progreso en las generaciones futuras.

Una vez terminado su breve y substancioso discurso retiróse del salón el Dr. Recasens, requerido por inaplazables deberes y entre calurosos aplausos.

**Dr. Pando Baura:** Secretario general del Instituto Nacional de Sanidad y Pedagogía, pronunció, igualmente, unas vibrantes palabras en las que dijo los fines tan fecundos que guían a este organismo.

**Dr. Fernández de la Portilla:** Eminente venereólogo y destacada personalidad en el campo de la profilaxis antivenérea especialmente desde la dirección facultativa del Dispensario Olavide, de Madrid, pronunció un discurso que varias veces fué interrumpido por los aplausos calurosos de los concurrentes.

Estudió de un modo amplio y en conjunto las actuales tendencias de las campañas de profilaxis individual y social, señalando el hecho característico del desuso en que han caído en el mundo entero las prácticas antiguas de inspección médica directa que en manera alguna podían garantizar la eficacia en su cometido, que no era otro que el de aislar las enfermedades peligrosas previo un reconocimiento falto en absoluto de valor científico.

Insistió de un modo especial en la necesidad de que los dispensarios oficiales estén abiertos a cuantas personas requieran su asistencia, debiendo en consecuencia terminar de una vez para siempre el retraimiento peligroso que impone la supervivencia de prejuicios sociales, tales como el que estigmatiza con el dictado de enfermedades secretas o vergonzosas, padecimientos que deben ser considerados como cualquier otro. Mientras persistan estos citados prejuicios, la lucha antivenérea encontrará en ellos su peor enemigo.

Al final de su disertación fué el Dr. Portilla objeto de aplausos entusiastas.

En último término hizo uso de la palabra la distinguida abogada sefiorita Clara Campoamor, que comenzó mostrando su confianza fervorosa en la labor sanitaria que ha de efectuar el Gobierno de la República, ya que en un ambiente de franca democracia y libertad no han de verse coartadas las campañas en pro de las ideas nuevas, como lo fueron sañudamente durante el período de las últimas dictaduras. Con este motivo dedicó un recuerdo al famoso curso eugénico, iniciado en este mismo local y bruscamente suspendido por la dictadura de Primo de Rivera por ser considerado contrario a la moral en uso.

A continuación dedicó brillantes párrafos a la juventud,

exhortándola a la defensa del cuerpo con entusiasmo análogo al que se pone en la defensa del honor y del prestigio dentro de las profesiones.

Terminó con una exaltación de las correctas normas de educación, las cuales son la única salvaguardia de la virtud femenina y con un canto de elogio al creciente régimen político.

Después proyectó una parte de una película y el doctor De Buen pronunció algunas palabras, dando por terminado el acto.—*Dr. M.*

## PARIS

## SOCIEDAD CIENTÍFICA FRANCESA DE CIRUGÍA REPARADORA, PLÁSTICA Y ESTÉTICA

*Sesión del 15 de Mayo de 1931.*

## CURETAGE DE UN LUPUS TEREBRANTE DE LA MEJILLA CON TENDENCIA ULCEROSA. INJERTOS EPIDÉRMICOS

**Dr. P. Renault** (de París): Presenta una enferma que padece de lupus terebrante. Después del raspado e injerto toda traza de tejido lúpico desapareció, y le reemplazó un tejido cicatricial flexible y rosado. Las trazas de la intervención no son visibles por un observador que no esté prevenido.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UN NOEVUS CONGÉNITO. REINCIDENCIA EN LA CICATRIZ

Cita varios ejemplos de tratados por extirpación larga. En el caso referido hubo reincidencia en la cicatriz y cura por crioterapia.

## SOBRE LA HIPERTROFIA MAMARIA UNILATERAL

**Dr. Dartigues** (de París): A propósito de cuatro casos operados por él, indica las razones etiológicas, en las cuales el traumatismo agudo o crónico desempeña un papel en la hipertrofia complicada de prolapsus; llama la atención sobre el papel que desempeña la compresión. Desde el punto de vista operatorio, insiste sobre la importancia y la simetría que necesita una resección glandular bien calculada. En cuanto a los resultados han sido muy buenos y han mejorado inmediatamente el estado mental de las enfermas afectadas con desigualdad mamaria; dos señoritas se casaron poco después de la operación y no ha habido más tarde perturbaciones de orden fisiológico.

## DE LA INCISIÓN CIRCULAR DE FENESTRACIÓN O DE NIDACIÓN Y DE LA INCISIÓN CIRCULAR DE SECCIÓN PERIARÉOLAR EN LAS OPERACIONES DE TRANSPOSICIÓN DEL SENO Y DE MAMECTOMÍA TOTAL.

**Dr. Max Leydier** (de París): La incisión debe ser circular y no oval como han pretendido algunos autores, por razones anatómicas, operatorias y de orden mecánico. Su profundidad variable según la intervención, transposición o mamectomía. Su diámetro diferente, según el sitio de la incisión, cutánea o periaréolar. La sutura se hace en puntos separados, siendo invisible la cicatriz consecutiva.

## SOBRE EL TRATAMIENTO CONSERVADOR Y ESTÉTICO DE LAS FRACTURAS ABIERTAS O CERRADAS DE LAS FALANGES DE LOS DEDOS.

**Dr. Montant** (de París): Inmovilización durante poco tiempo, después reducción, bajo anestesia general, de las fracturas cerradas. Tratamiento conservador de las fracturas abiertas con inmovilización y luego movilización progresiva. Liberación secundaria de las adherencias.

**Dr. Theodorides** (de Atenas): 1.º Una operación plástica



de la región preesternal por deslizamiento de los tegumentos.  
2.º Operación sobre los tejidos de la pared abdominal externa con presentación de gráficos.

**RESULTADO OPERATORIO, PLÁSTICO Y FISIOLÓGICO EN UN CASO DE ECTOPIA TESTICULAR DOBLE EN UN JOVEN DE VEINTITRÉS AÑOS, TRECE MESES DESPUÉS DE LA OPERACIÓN.**

**Dr. Aurel Dragos (de Galatz):** En el caso de que se trata, en el cual el aspecto de infantilismo estaba pronunciado y en el cual había vacuidad total de las bolsas, el aspecto morfológico ha vuelto a ser normal, tanto el aspecto general como el aspecto local.

#### PROCEDIMIENTO ESTÉTICO CONTRA LA EPIFORA

**Dr. Moers (de Tirlemont):** Consiste en hacer en la parte declive del saco lacrimal un nuevo punto lacrimal por diatermocoagulación.

#### APLASTAMIENTO TOTAL DEL COLGADIZO NASAL

**Dr. Coelst (de Bruselas):** Operación, resultado. Proyecciones cinematográficas. Perfil burlesco debido a un accidente de motocicleta. Este estado había causado una repercusión profunda en el moral del mutilado. Operación resauradora en tres tiempos por vía endonasal. Despegadura cutánea, inclusión de marfil, estética del lóbulo y de las narices. Esta interesante comunicación fué acompañada con presentación de excelentes documentos, tales como moldado, fotografías y película cinematográfica.

#### CON RESPECTO A LA RESTAURACIÓN DE UNA ALA DE LA NARIZ

**Dr. Claoué (de Burdeos):** Presenta los tiempos sucesivos de la reparación de una ala de la nariz por el método italiano insistiendo por este caso no solamente sobre los resultados estéticos, pero especialmente sobre la importancia del tratamiento local del campo de anapastia y sobre los efectos de los medicamentos locales tónicos y vasculares.

#### PRESENTACIÓN DEL LIBRO

«Cirugía maxilofacial» (un volumen en 8.º, 884 páginas, 890 figuras, de las cuales 16 son bicolors), Maloine, editeur, 1931.

**Dr. G. Maurel (de París):** Después de la exposición de algunos capítulos de generalidades, pasa al examen de las diferentes partes de su obra y presenta una serie de figuras que ilustran el texto.

#### ABLACION POR «SERRE-NOEUE DIATERMIQUO» DE UN CUERPO FRONTAL VEROSÍMILMENTE EPITELIOMATOSO

**Dr. G. Castex (de Chateauroux):** Trátase de una mujer de setenta y cinco años que presentaba este tumor desde hace tres años. La operación fué hecha con anestesia local y con «serre-noeud diatermiquo» que presentó la ventaja de ser anhemorrágica. El interés de esta observación proviene del hecho que la epidermización pudo efectuarse completamente después y sin dejar trazas apreciables.

#### CONSIDERACIONES SOBRE LA CIRUGIA ORBITOFACIAL REPARADORA

**Dr. Cousin (de París):** En las intervenciones estáticas de la faz es partidario de emplear exclusivamente hilos de seda y de no vacilar en multiplicar las suturas. Además, dice que es preciso cubrir siempre la llaga después de terminar la operación con tul graso.

## BARCELONA

### SOCIEDAD DE RADIOLOGÍA Y ELECTROLOGÍA

Sesión del 24 de Abril de 1931.

#### LA EXPLORACIÓN RADIOLÓGICA DE LAS APENDICITIS Y DE LAS FALSAS APENDICITIS

**Dr. A. Pinós:** Recientemente el disertante, junto con los Dres. Vidal Colomer, Tellería y Corachán Lloret, ha publicado un trabajo en el que pone de manifiesto las ventajas del método de Czepa sobre otros procedimientos. El de Czepa está basado en los efectos purgantes de las sales de magnesia, lo que produce un vaciado más completo de la cavidad apendicular que, libre de excrementos, queda en condiciones óptimas para llenarse de nuevo de papilla opaca, a cuyo fin se tendrá la precaución de que ésta ocupe constantemente la región cecal. Ultimamente Czepa ha modificado su técnica y son necesarios tres días para que la exploración pueda darse por terminada, pero tiene el inconveniente de dar imágenes confusas de ciego y colon ascendente. El tanto por ciento de apéndices normales visibles es elevadísimo, pero las imágenes poco precisas de ciego y terminación ileal privan de ver gran parte de los síntomas indirectos que acompañan a un apéndice inflamado cuando el proceso flogístico ha invadido la serosa y órganos vecinos. La técnica que propone el disertante es la siguiente: la primera exploración se verifica nueve horas después que el enfermo ha tomado una papilla opaca simple, compuesta de 100 gramos de sulfato de bario y 300 de solución gomosa edulcorada con un par de cucharadas de jarabe de cidra, de limón, etc.; una vez terminada la exploración radioscópica y radiográfica de la fosa ilíaca derecha, si el enfermo presenta un cuadro clínico poco preciso, se aprovecha este examen para el análisis radiológico del estómago y duodeno; si el apéndice es visible y su imagen permite una exploración completa de fosa ilíaca derecha, la observación ha terminado; si no es visible, o solo parcialmente, es preciso un segundo examen después de haber preparado al enfermo de la siguiente manera: a las doce del mismo día que se ha practicado la primera exploración, se le hace tomar de nuevo la papilla opaca antes indicada, pero añadiéndole de 20 a 30 gramos de sulfato de magnesia a fin de que produzcan los efectos purgantes deseados; a las doce horas después toma el enfermo otra papilla, pero sin purgante, y nueve horas después, o sea a las nueve de la mañana del día siguiente, se practica el segundo examen radiológico, que debe ser muy minucioso. Jamás se dará por terminado sin haber practicado una o dos radiografías. Si el apéndice aún no es visible se procede a una tercera exploración, siguiendo igual técnica.

Según el disertante, apéndice visible por método directo es casi sinónimo de apéndice normal. De un grupo de 24 enfermos sin ningún síntoma de lesión apendicular, 22 han dado una imagen clarísima de su apéndice. De 82 casos negativos sólo en dos el apéndice pudo considerarse como normal. La negatividad es, pues, de un valor considerable. Pero la falta de imágenes no es suficiente para intervenir. La clínica es la que debe juzgar si el enfermo debe o no intervenir. Se puede haber padecido un ataque de apendicitis con todos los caracteres clínicos y presentar una imagen negativa con el método de Czepa y, no obstante, el apéndice estar esclerosado en toda su longitud, incapaz de inflamarse nuevamente. El organismo mismo se ha cuidado de extirparlo. La causa de la falta de imagen puede ser también una alteración fibrosa o fibrograsosa de la capa muscular que, falta de funcionalismo, es incapaz de vaciar y llenar de papilla opaca la cavidad del apéndice. La alteración ha sido



producida por un ataque de apendicitis anterior y la falta de imagen por las alteraciones actuales.

Se admiten cuatro variedades de situación apendicular: apéndice ascendente (se dirige hacia arriba, siguiendo la línea interna o cara posterior del ciego y colon ascendente; el apéndice de esta variedad puede remontarse hasta alcanzar el rifón derecho o bien la cara inferior del hígado; en la variedad retrocecal el apéndice solamente será visible cuando se haya vaciado el ciego); apéndice descendente (se dirige hacia abajo con la vejiga, con el recto, ovario y útero; en este caso el diagnóstico diferencial entre la apendicitis crónica y la anexitis es muy difícil); tipo interno (se dirige directamente hacia la parte media, poniéndose en contacto con el asa terminal del íleon y algunas veces sigue una dirección paralela), y tipo externo (el apéndice descansa en la pared ilíaca; es la variedad lateral, para cuya situación circunda el ciego). Según Chizzola, estas variedades se presentan en un 10 por 100, 45 por 100, 38 por 100 y 6 por 100 de los enfermos examinados respectivamente.

Tanto como la posición es variable la configuración apendicular. Cada apéndice tiene una configuración diferente y sus diámetros transversal y longitudinal son variables. La luz apendicular no es uniforme en toda su extensión. Su cavidad puede presentar en su trayecto estrecheces más o menos marcadas sin que sean producidas por antiguas lesiones inflamatorias cicatrizadas. La imagen radiológica de estas estrecheces aparece como verdaderas estrangulaciones que biloculan o triloculan francamente la cavidad apendicular, y el radiólogo y el clínico pueden pensar que se trata de una apendicitis crónica, y, no obstante, se puede tratar de apéndices sanos con mucosa intacta, sin la más ligera infiltración submucosa ni siquiera folicular.

Según el disertante, un apéndice visible radiológicamente en toda su extensión es normal. Ni las angulaciones, ni la fijeza, ni aun el dolor a la presión, son síntomas patognomónicos de apendicitis. De todos modos el observar una imagen del apéndice no es síntoma que por sí solo indique apéndice normal. Un apéndice alterado puede conservar parcialmente sus funciones, de un modo particular las apendicitis de punta.

Proyecta una serie de radiografías de apéndices visibles en los que existen histológicamente lesiones de cicatrices de la mucosa, infiltración, atrofia de la capa muscular, esclerosis de la submucosa, hipertrofia de los folículos linfáticos, alteraciones nerviosas, o sea lo mismo que en los apéndices no visibles; pero un dato importantísimo proporciona este examen: «en ningún caso existen lesiones esclerosas de la capa muscular».

Las lesiones producidas por un apéndice inflamado crónicamente pueden ser de forma y extensión múltiple, y las manifestaciones clínicas están en correlación con la extensión de la lesión y el órgano lesionado. Radiológicamente sólo interesan dos formas de apendicitis: aquella en que todos los fenómenos patológicos quedan limitados al apéndice y la que los procesos flogísticos invaden los órganos o tejidos vecinos. Estas dos variedades se designan con el nombre de apendicitis simple y apendicitis complicada. Los síntomas radiológicos de la apendicitis simple son de dos clases: directos e indirectos. Unos y otros carecen de valor diagnóstico absoluto, pues muchas enfermedades de los órganos situados en fosa ilíaca derecha pueden producir una sintomatología radiológica parecida. Los síntomas radiológicos directos de la apendicitis simple son el dolor a la presión y visibilidad del apéndice. Los principales síntomas indirectos de apendicitis crónica son: retención gástrica a las seis horas, espasmo pilórico, estasia ileal y dis-

minución de la movilidad respiratoria del hemidiafragma derecho. Los síntomas radiológicos de la apendicitis crónica carecen del valor diagnóstico que presentan; por ejemplo, los del úlcus gástrico. Ni aun los síntomas llamados directos, dolor a la presión, falta de imagen radiológica del apéndice después de una exploración detenida, o imagen irregular en exploraciones consecutivas, son suficientes para sentar un diagnóstico con certitud absoluta. Los síntomas de la apendicitis simple se presentan en la apendicitis complicada igualmente pero en octava mayor, y a ellos se juntan otros más radiológicos producidos por las formaciones membranosas, ya localizadas en fosa ilíaca derecha, ya fuera de ella.

Cuando una observación atenta demuestra un estómago, duodeno y vejiga biliar normales y el examen radiológico descubre un proceso periviscerítico en estos sitios, debe investigarse el estado del apéndice y casi siempre se encontrará la causa de estas formaciones en un proceso patológico del mismo.

**Discusión.—Dr. Faixat:** La tendencia actual es la de admitir como apéndice normal el apéndice totalmente visible; sin embargo, cita un caso observado de forma granulosa al cual atribuye un foco patológico.

**Dr. Bremón:** El radiólogo debe hacer siempre un estudio muy detenido de la fosa ilíaca derecha; agrega que debe tener muy presente la clínica.

*Sesión del 15 de Mayo de 1931.*

#### PIELOGRAFÍA ASCENDENTE O DESCENDENTE?

**Dr. Antonio Puigvert:** Lamenta la manera que muchos autores se han dejado deslumbrar por la pielografía descendente, reconociendo sólo méritos y sin prestar atención a los peligros que ella entraña. Los inconvenientes de la pielografía ascendente son: imposibilidad de cateterismo ureteral, sea por cistitis aguda o crónica, tumores vesicales, fistulas, estrecheces de uréter o uretra, etc. Los fenómenos dolorosos con buena técnica pueden evitarse. Aconseja practicar la inyección piélica al control de la pantalla radioscóptica. Actualmente, gracias al uso de los aceites yodados, como son el lipiodol, la yodipina y la neoyodipina, que son completamente indoloros, no se ven las molestias desagradables que eran frecuentes por el uso de las soluciones salinas. Las ventajas de la pielografía ascendente son: el cateterismo ureteral que se practica para la pielografía, sirve a la vez al estudio de la función renal por separado; la no producción de fenómenos tóxicos, permite practicarla sea cual fuese el estado general del enfermo; una mejor y más clara imagen radiográfica y el permitir por su fuerte contraste practicar pielografías en todas las incidencias hasta la de perfil.

Los inconvenientes de la pielografía descendente son: una serie de fenómenos tóxicos que acompañan a la inyección del abrodil y del uroselectán, produciendo un cuadro tóxico agudo caracterizado por fuertes escalofríos, náuseas, vómitos, hipertermias que a veces llegan a 40°,3, taquicardia de 140 pulsaciones, a veces la temperatura persiste; y en otros enfermos se presenta un ligero aumento de albuminuria en especial los afectos de lesiones tuberculosas del aparato urinario (cita dos enfermos en que la inyección fué seguida de un cuadro agudo de congestión pulmonar que parece puede ser atribuida a la pielografía endovenosa ya que los trastornos aparecieron al día siguiente de esta exploración, uno en un paciente afecto de una tuberculosis genito-urinaria con lesiones pulmonares sin temperaturas antes de la exploración, a pesar de haber practicado en él una pielografía con neoyodipina a los treinta y cinco minutos de la



inyección de abrodil, y presentó un fuerte escalofrío seguido de una temperatura de 40°,3, y al día siguiente apareció fuerte disnea acompañada de temperaturas que oscilaron durante varios días entre 38° y 39°, y al final se produjo una gran caverna pulmonar; el otro caso es aún más llamativo toda vez que su aparato respiratorio estaba indemne de lesión tuberculosa, presentó un cuadro agudo de congestión pulmonar con temperaturas de 38° y 39°,5 durante seis o siete días, decreciendo luego hasta curar sin dejar secuela alguna); otro de los inconvenientes de la pielografía por el uroselectán o el abrodil es lo poco intensas que son, en general, las imágenes radiográficas del riñón, pelvis y uréteres, que muchas veces al superponerse a ellas las sombras producidas por los gases intestinales se confunden, no aclarando ningún diagnóstico. Su ventaja extraordinaria es el ser aplicable en enfermos que por sus pequeñas lesiones no precisan el cateterismo ureteral y se puede substituir con una simple inyección intravenosa. La discordancia respecto al momento óptimo para la obtención de la prueba radiográfica demuestra que la pielografía descendente se encuentra en el período aún de franca experimentación: unos autores aconsejan la obtención a los cinco o diez minutos de la inyección y otros la retardan hasta los treinta minutos. Otra discordancia es el valor que se atribuye al hecho de no aparecer ninguna sombra pielográfica, pues varios autores consideran que el hecho de no aparecer sombra radiográfica en algunos de los lados demuestra un grave trastorno renal, una verdadera destrucción del parénquima, y otros, y esto le ha sucedido a disertante, dicen que han observado pielografías en muchos enfermos en que el lado afecto es el que da sombra en especial en casos de retención renal, y el lado sano, dada la rapidez de eliminación y facilidad de evacuación ureteropélica, no da sombra pieloureteral.

Propone que para establecer una pauta acerca de la eliminación óptima del uroselectán, para la obtención del pielograma, se estudie al enfermo con anticipación la eliminación del carmín de índigo, y así viendo el retardo de esta substancia que es extraña al organismo se puede prefiar el retardo que sufrirá el uroselectán al eliminarse y, por tanto, la mayor o menor espera a la obtención de la radiografía.

**Discusión.** Dr. P. Bosch Solá: Ambos métodos pueden lograr excelentes resultados y no se eliminan, sino que se complementan. La radiografía mejor se obtiene a los quince minutos.

**Dr. Luis Carrasco Formiguera:** El cateterismo ascendente es superior al descendente. Es de suma importancia practicar la pielografía ascendente con técnica y destreza perfectas.

**Dr. V. Carrulla Riera:** Propone que en esta Sociedad de Radiología se estudie en forma de ponencia todo lo relativo al método descendente, para que se conozca bien lo que éste puede dar de sí.

**Dr. Bremón Masgrau:** De momento hay que decantarse hacia la exploración renal por vía ascendente, pese a los optimismos de ciertos autores por la pielografía descendente.

\*\*

#### SOCIEDAD DE PSIQUIATRÍA Y NEUROLOGIA DE BARCELONA

Sesión del 25 de Abril de 1931.

#### BOSQUEJO DE LA PSICOLOGÍA ADLERIANA

**Dr. Oliver Brachfeld,** de Budapest: El fenómeno nervioso que existió siempre como algo individual ha adquirido un aspecto colectivo. Este *nerviosismo* colectivo es una de

las causas principales que han determinado la aparición de la teoría freudiana, conocida con el nombre de psicoanálisis. El mérito esencial de Freud fué de asignar a la enfermedad, considerada no como una especie de irrupción en el organismo, un valor en tanto que fenómeno teleológico, el cual cuadra con la personalidad del sujeto afecto. Su gran innovación fué no tener en cuenta sino el determinismo psíquico. Sin duda, espantado por la novedad revolucionaria que encerraba esa tendencia, desanduvo parte del camino y conceptuó el psicoanálisis como una ciencia provisional que puede ser substituida por una fisiología más perfecta. Mientras el psicoanálisis freudiano acababa en una biología energética, Alfred Adler intentaba volver al pensamiento primitivo de su maestro. No se ocupa de la biología y de la fisiología, sino que *presupone* sus datos y realiza, por vez primera, la exigencia de Auguste Comte de una psicología sociológica, a pesar de dejar prevalecer todas las psicologías fisiológicas que tienen finalidades diferentes de la de Adler. Este autor quiere conocer el hombre, sus *líneas directrices* de la personalidad humana; para descubrir esas líneas utiliza los medios freudianos, pero sin exagerar su importancia; ahora bien, como los sueños le parecen *igualmente un síntoma*, introduce en el examen ciertos detalles exteriores que casi recuerdan el *behaviorismo*: apreciación e interpretación psicológica de hechos como la marcha, los gestos, la mímica, la manera de estrechar la mano, la posición que se tiene al dormir, signos preciosos para *comprender* de un modo casi intuitivo y en calidad de artista al hombre explorado. El primer recuerdo infantil es, a menudo, el negativo del fin y del programa más o menos ficticio que el sujeto se plantea desde la niñez. Hay que tener en cuenta que Adler parte de un *Estudio sobre las inferioridades e insuficiencias orgánicas* (1907); descubrió su importancia capital por la *superestructura psíquica*, la compensación que quede llegar hasta una perfección; ejemplos: Demóstenes tartamudo, bastantes pintores miopes, etc.

**Discusión.**—Dr. J. Córdoba: Hace algunas observaciones sobre la teoría de Adler con el fin de explicarse mejor ciertas actitudes de algunos pueblos.

**Dr. Ramón Sarro:** La psicología individual le parece un arma valiosa para *desenmascarar* ciertas conductas neuróticas, interpretándolas como tentativas de compensación de sentimientos de inferioridad, pero no es apropiada para interpretar formas de comportamiento en las cuales no puede señalarse que el motor fundamental sea el deseo de compensar un sentimiento de inferioridad, a menos que se identifique este sentimiento con el de privación de algo que se desea, con lo cual la psicología individual de tanto explicar no explicaría nada. Es imposible admitir que sea una explicación de una actividad creadora considerarla como una compensación de sentimientos de minus-valía. Por mucho que se alambique la creación sólo surge de un plus y no de un minus. En tanto la personalidad humana se orienta hacia determinada dirección existencial, obedece *leyes de sentido* cuya estructura autónoma no parece ser entrevista por la psicología individual. El problema de la psicología del Santo o del Don Juan comienza allí donde termina la psicología adleriana del pseudo-Santo o del Don Juan neurótico.

#### CASO ATÍPICO DE ESCLEROSIS EN PLACAS

**Dr. B. Rodríguez Arias:** Enfermo de cuarenta y cinco años de edad, temperamento de tipo ciclotímico, con antecedentes familiares y personales de carácter igualmente ciclotímico o bien de enfermedades del grupo artrítico; lúes, alcohol y tabaco, negativos; hiperglucemia con glucosuria



alimenticia. En la actualidad el síndrome neurológico es: parestesias diversas, como las peculiares de muchas esclerosis múltiples; algias imprecisas, parecidas a las polineuríticas, en los miembros superiores; astereognosia pronunciada en la mano izquierda y apenas en la derecha; ataxia estática y dismetría en los brazos, casi exclusivamente a la izquierda; ligero hipotono braquial; abolición de los reflejos radiales y abdominales; insignificante hipoestesia táctil, desigual, en los dedos de las manos, pero más evidente a la izquierda; *halus senilis* corneal; sensación vertiginosa a veces; pequeño nistagmus; nada por parte de nervios craneales, de lenguaje, de estínteres, de marcha, de sueño y de algo piramidal, sensitivo, periférico, etc., en la cabeza, tronco y piernas. Somáticamente bien. Hace tres años, poco después de expulsar una tenia, cefaleas, diarrea y malestar. Mejora pronto y conduce su automóvil desde Barcelona a París, quejándose durante el viaje de una neuralgia braquial izquierda y de gran cansancio. En París, hormigueos en las piernas, parestesias en el tronco y brazos y fenómenos de paresia inferior y superior, sin tendencia a la atrofia. Reposo en cama. A los tres meses, curación de los trastornos abdominales, pero no de los braquiales, que continúan todavía activos. Ha tenido algunas veces, al obrar, la sensación de que *se le salían las tripas*, como también, aun antes de enfermar, una sensación de anestesia de la región genital. Sintomatología humoral (líquidos lumbar y cisternal y sangre) negativa absoluta. Eritrocitos, normal. Neutrofilia accidental. Tiempo de coagulación algo retardado (atribuible a un factor constitucional). Radiografía de la columna vertebral (método de Sicard) negativa.

La naturaleza de este síndrome cervical no es inconcusa. Descartada la posibilidad de una compresión medular y de una lúes nerviosa, hay que pensar, casi exclusivamente, en una esclerosis múltiple, en una encefalitis epidémica y en una mielitis esclerosa por diabetes, anemias perniciosas, etcétera. Quizás el diagnóstico más aceptable sea el de forma oligosintomática, sensitiva, atípica, *fixée*, de esclerosis en placas (parestesias diversas, estereognosia, abolición de los reflejos abdominales, etc.), agravada e influenciada en su parte sensitiva por la hiperglucemia y en su interpretación de índole hipocondríaca por la ciclotimia.

Por tratarse de un síndrome estacionario, benigno, y haberse ensayado la radioterapia local y toda clase de medicamentos parasitotropos y analgésicos, sería aconsejable una cura de reposo relativo, el empleo de la insulina y la piritoterapia con vacunas o diatermia.

**Discusión.** — **Dr. A. Subirana:** Tiene el concepto de que la esclerosis en placas es, en la generalidad de los casos, un complejo sintomático preponderantemente vestibulo piramidal y sólo en períodos tardíos cerebeloso. El elemento vestibular es tan frecuente que la escuela neurológica de Estrasburgo lo señala en el 95 por 100 de los casos. Lamenta no poseer datos sobre las pruebas vestibulares instrumentales. Aunque reconoce la relativa frecuencia de directos trastornos consecutivos en la esclerosis en placas, le llama la atención un caso que se manifiesta casi exclusivamente por distintas parestesias y trastornos de las sensibilidades profundas. Observa también la relativa fijeza evolutiva de los síntomas, en contraste con la evolución habitual por *pulsées* sucesivas de la esclerosis múltiple. Hace notar en el enfermo en cuestión un pequeño elemento facial, aunque ligero. La abertura ocular y el ángulo caruncular son mayores en el lado derecho y habla más del lado derecho que del izquierdo de su boca. No impugna el diagnóstico de forma atípica de esclerosis en placas al querer incluir este enfermo dentro de los cuadros nosológicos clásicos. El pien-

sa que muchos casos calificados atípicos de ciertas enfermedades serán en un porvenir no remoto casos típicos de otras entidades hoy no conocidas. Cada día es más notoria la insuficiencia de la nosografía neurológica actual. A ejemplo de su maestro el profesor Barré, de Estrasburgo, en muchos casos prefiere no colocar una etiqueta diagnóstica, conformándose en catalogarlos dentro de vastos síndromes.

**Dr. J. Vilató:** Siendo la sintomatología tan reducida, dominando en el cuadro descrito los trastornos de sensibilidad y siendo éstos exclusivamente subjetivos, encuentra dificultoso el diagnóstico de esclerosis múltiple. En cambio, el hecho de la existencia de una glucosuria alimenticia de aparición inmediata y el que el enfermo en cierta época en que estuvo sujeto a un régimen muy restringido experimentara una notable mejoría, así como la existencia predominante de síntomas sensitivos, pudieran orientar el diagnóstico hacia un afecto nervioso de causa autotóxica, ya que se trata, por lo menos, de un sujeto con un trastorno nutritivo. En los casos de etiología autotóxica suelen verse no sólo algias y parestesias variadas, sino aun las manifestaciones nerviosas son capaces de ser producidas por lesiones variadas y dar lugar a cuadros proteiformes tomando los aspectos más distintos, raros y combinados. Una terapéutica orientada en el sentido expuesto podría no sólo ser inocua sino tal vez provechosa.

**Dr. R. Sarró:** Los trastornos sensitivos subjetivos que aqueja el paciente presentan muchos puntos de contacto con las *sensaciones afectivas* de los neuróticos. Es posible que puedan más adelante señalarse criterios fenomenológicos diferenciales entre unos y otros, verbigracia, en el sentido de que las parestesias neuríticas tengan mayor resonancia afectiva, mientras en la poliesclerosis conserven más el carácter de sensaciones objetivas, más *periféricas* respecto al yo. Por el momento no cree sea posible, pues ha observado repetidamente pacientes neuróticos con manifestaciones parestésicas análogas a las descritas por Alajouanine. Los trastornos de la regulación de la glicemia eran frecuentes en muchos de ellos como asimismo toda clase de estigmas endocrinos y vegetativos. El fondo ciclotímico del paciente presentado debe ser, por consiguiente, tenido en cuenta para justipreciar el valor diagnóstico de las parestesias. En cuanto a los reflejos abdominales ya es sabido que pueden faltar en los normales. A pesar de todo, una asociación de síntomas como la que presenta el paciente puede ser debida a una esclerosis en placas, pero en tanto la sintomatología sea tan equívoca es prudente el diagnóstico con interrogante.

**Rectificación.** — **Dr. Rodríguez Arias:** Insiste en el criterio diagnóstico sustentado, pues no cabe admitir la existencia de lesiones periféricas, neuríticas, y ya que la causa autotóxica es insuficiente para explicar el conjunto sindrómico. No se atrevería a negar, sin embargo, una insuficiencia parcial de la hiperglucemia en el mecanismo de las alteraciones sensitivas. Considera, de otra parte, que muchas esclerosis múltiples no presentan trastornos vestibulares y que clínicamente, por lo menos, pueden diagnosticarse formas oligosintomáticas como la descrita. De acuerdo con el concepto de las *sensaciones afectivas* de los neuróticos.

\*\*

#### SOCIEDAD DE PEDIATRIA DE BARCELONA

Sesión del 30 de Abril de 1931.

#### UN CASO DE NEOPLASIA DE CUARTO VENTRÍCULO

**Dres. Torelló Cendra, Tolosa Colomer y Puig Sureda:** Después de describir el caso clínico sientan las siguientes



tes conclusiones: 1.<sup>a</sup> El vómito, además de ser una manifestación inicial de un síndrome de tumor cerebral, tiene una importancia localizadora. Los tumores del cuarto ventrículo dan lugar a una irritación de los núcleos del neumogástrico (situados en el suelo ventricular) antes de producir síntomas generales de hipertensión intracraneana (para lo que se requiere que el tumor llegue a un cierto grado de desarrollo). El vómito tiene, pues, la significación de un síntoma local y el caso presentado significa un nuevo documento confirmativo de tales ideas. 2.<sup>a</sup> El resultado del examen vestibular instrumental revela, además de una hiporeflexia calórica y galvánica, una abolición (si bien incompleta) de la fase rápida del nistagmus provocado. Este hecho no lo han hallado descrito en ninguna de las observaciones de tumor de cuarto ventrículo de la bibliografía consultada. Esta abolición de la fase rápida depende probablemente, en este caso, de la enorme compresión del bulbo y protuberancia, siendo equiparable a la provocada experimentalmente en el animal por las lesiones bulbo-protuberanciales. No obstante, creen que los partidarios de la teoría del origen cortical de la fase rápida del nistagmus podría inclinarse a explicar su abolición por alteraciones corticales dependientes de la intensa hidrocefalia interna. En una observación de tumor de la protuberancia publicada por Froment, Dechaume y Cobrat la prueba de Barany da un resultado parecido al del caso que presentan, con la única diferencia de que la abolición de la fase rápida era total. Esto hace verosímil el que también sean las alteraciones protuberanciales las que daban lugar al curioso resultado de la prueba calórica. 3.<sup>a</sup> El cuadro clínico ofrecía importantes divergencias con la descripción dada por Van Bogaert y Martín de los tumores del cuarto ventrículo. Faltaban las contracturas de la nuca, existiendo más bien hipotonía de la musculatura del cuello, así como la disminución o abolición de los reflejos tendinosos y periósticos, que estaban, por el contrario, notablemente exagerados. Tampoco existían trastornos urinarios.

\* \*

## CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE BARCELONA

*Sesión del mes de Mayo de 1931.*

## ETIOLOGÍA DE LAS MALOCCLUSIONES DENTARIAS

**Carlos Bofill:** Hizo observar la influencia que ciertas enfermedades (raquitismo, tuberculosis, glándulas de secreción interna) ejercen sobre el aparato dentario. Las conexiones deben hacerse en la edad de cuatro a seis años, época en que la elasticidad del hueso permite obtener el mayor número de éxitos posible.

\* \*

## ACADEMIA Y LABORATORIO DE CIENCIAS MÉDICAS

*Sesión del 13 de Mayo de 1931.*EL TRATAMIENTO FLEBOESCLEROSANTE DE LAS VARICES  
(GLICERINA DILUIDA)

**Dr. Javier Vilanova:** Los esclerosantes de elección son el salicilato sódico, la quinina y la glicerina diluida. El primero se emplea en soluciones al 20, 30 y 40 por 100 en agua destilada, cerrado en ampollas que no contengan aire. Se inicia el tratamiento con una solución débil, al 20 por 100, tanteando la susceptibilidad del paciente, aumentando luego las concentraciones. No es escarótico, no es tóxico. Su inconveniente más notable es el calambre, a veces muy doloroso, que produce al ser inyectado. El disertante lo ha visto una vez acompañado de síncope, pudiéndose disminuir este accidente añadiendo a la solución de salicilato sódico hasta 3 centigramos de novocaína. La quinina puede ser asociada

a la urea o al uretano. En el primer caso es más anestésica (cura de hemorroides) y en el segundo es más esclerosante (cura de varices). Se emplea el clorhidrato de quinina y el uretano en solución al 10 por 100 en agua destilada. No es muy escarótico; pero la inyección fuera de la vena, que de momento no es muy dolorosa, se hace insoportable en días sucesivos. Presenta alguna contraindicación (embarazo, etcétera).

La glicerina diluida ha sido propuesta por Jausoin en Febrero de este año. Sus ventajas: facilidades de procurarse el medicamento, no ser muy doloroso ni escarótico cuando es inyectado fuera de la vena, no ser doloroso en el momento de la inyección y poseer un poder marcadamente esclerosante. Usa la siguiente dilución:

Glicerina oficial (98 por 100 de	
glicerina anhidra).....	126 gramos.
Agua destilada.....	200 —

Añadir una gota de fucsina fenicada de Ziehl por centímetro cúbico, para asegurar la esterilidad. Repartir en ampollas de 5, 10 y 20 c. c.

La técnica de la inyección tiene de particular que se coloca previamente una venda elástica en la pierna o muslo cuando aún el enfermo está derecho, extendiéndole seguidamente en posición horizontal. Se emplea una aguja intravenosa algo gruesa para permitir el paso rápido de 20 c. c. de líquido. Se mantiene la venda elástica durante cinco minutos, mientras obtura el orificio de la inyección con algodón contra el mismo. Repite la operación cada ocho días. Jausoin ha tratado unos 300 enfermos, pero en su trabajo sólo recoge los 57 últimos, de los cuales 20 han precisado de cuatro a seis inyecciones para su total curación, y los 37 restantes han sido dados de alta después de la cuarta inyección. El disertante ha ensayado este método en cinco varicosos. Tres de ellos presentaban varices amplias, gruesas, bien aparentes; en dos la curación necesitó cuatro inyecciones, y en otro siete. Otro enfermo era un varicoso joven con varices marcadas en la pierna derecha, que estaba dura, elefantíaca y presentaba en la cara posterior del tercio medio dos ulceraciones que databan de seis meses, que no mejoró con seis inyecciones consecutivas. Otro caso correspondía a una enferma, varicosa antigua, con varices importantes en la pantorrilla y pequeñas y abundantes en la cara dorsal y laterales del pie que no fué posible inyectar, mejoró de sus molestias subjetivas pero sin gran modificación de las objetivas. Considera brillante el resultado logrado por el tratamiento fleboesclerosante por medio de la glicerina diluida, en general, en los enfermos por él tratados.

Excepto los enfermos con estado general deficiente y afectos de enfermedades graves de hígado y aparato cardiovascular, todos los varicosos podrán ser tratados por las inyecciones fleboesclerosantes, excepto, pues, aquellas varices que dependen de un obstáculo mecánico circulatorio, las varices relicario de flebitis séptica anteriores y las que asientan sobre una piel elefantíaca y fibrosa. Y aun con prudencia y aprovechando el momento oportuno muchos de estos enfermos benefician del tratamiento.

El disertante espera que en tiempo no lejano se podrá decir: varices en pincel no cateterizables, quinina-urea intersticial con gran prudencia; varices pequeñas difícilmente cateterizables, glicerina diluida, y grandes troncos varicosos, quinina-uretano, salicilato sódico, moruato sódico.

FRACASOS INMEDIATOS Y LEJANOS DE LA CESÁREA  
ABDOMINAL (A BASE DE 65 OBSERVACIONES)

**Dr. S. Dexeus Font:** En esta comunicación se propone estudiar los fracasos inmediatos y lejanos de la cesárea a



base de 65 observaciones, recogidas en el curso de nueve años. De estas 65 intervenciones resta tres casos de cesárea post mortem. De las 62 mujeres ha tenido 10 muertes, o sea un 16 por 100 de mortalidad materna. Los casos de muerte se descomponen así: cuatro enfermas de causa infectiva, dos de complicación operatoria, dos de toxemia gravídica y dos de enfermedades independientes de la gestación y de la técnica operatoria. La cifra global de mortalidad materna puede reducirse dejando de incluir los casos en los cuales la muerte no es imputable a la operación (dos casos de toxemia, dos de enfermedades independientes del estado gravídico, o sea cuatro casos) al 9 por 100.

Las intervenciones realizadas son 19 clásicas, de las cuales dos han ido seguidas de esterilización y una de ovariectomía; 38 suprasinfisarias, cinco seguidas de histerectomía, tres tentativas por dos veces, dos seguidas de ovariectomía, una precedida de miomectomía y una de esterilización; tres histerectomías, una con tuberculosis laríngea, una con apoplejía y una con cesárea previa (?). Dos Portes; tres post mortem. De las cinco suprasinfisarias seguidas de histerectomía, tres por dificultades hemorrágicas, una apoplejía y una sepsis. Raquianestesia, 49; anestesia general, 13.

Los resultados han sido: mortalidad fetal, nueve casos, o sea el 14 por 100; desglosados de la siguiente forma: fetos muertos o que no han podido ser reanimados, cuatro; fetos muertos a las pocas horas, dos; prematuros por apoplejía útero-placentaria, dos; de término por apoplejía útero-placentaria, uno. Carga al pasivo de la cesárea tres muertes fetales que no le son imputables: tres fetos muertos por apoplejía útero-placentaria, además dos de ellos eran prematuros. La mortinatalidad desciende así a seis casos, o sea un 9 por 100. Dos muertes fetales corresponden a dos fetos extraídos de las dos únicas operaciones de Portes que ha practicado el disertante: 100 por 100 de mortinatalidad (aparte del 50 por 100 de mortalidad materna). La operación de Portes, además de ser muy mala para la vida de la madre, es una trágica operación para los intereses fetales. Restando estas dos muertes fetales correspondientes a la operación de Portes, quedan cuatro muertes fetales en 60 operadas (6,6 por 100 de mortinatalidad). No deja de ser una cifra bien respetable teniendo en cuenta que la vía abdominal es reputada de ofrecer grandes ventajas para la vida fetal.

Pone reservas sobre el porvenir de las enfermas intervenidas en una maternidad futura.

**Discusión.**—Dr. F. Muñoz Arbat: Es lamentable que no sea mayor el número de obstetras que aporten estadísticas tan francas y sinceras como el disertante. Considera que Hirsch ha exagerado la conveniencia de la cesárea, pues ésta tiene muchos peligros para los partos siguientes. Siguiendo la escuela americana, dice que aunque la bolsa de las aguas no se haya roto se puede hacer una cesárea después de una detenida exploración pélvica, así como de estudio de las condiciones de la madre y del feto, y cree que si el disertante no esperara la rotura de la bolsa de las aguas, en su estadística no habría un 9 por 100 de mortinatalidad, pues este tanto por ciento indica que el feto padece desde hace tiempo, lo cual puede corregirse interviniendo antes, pues el peligro para la madre existe igualmente, tanto para un tiempo antes como después. Existe cierto prejuicio después de la raquianestesia para el Trendelenburg, y cree, en cambio, que es beneficiosa, no debiendo ser ni muy exagerado ni muy rápido.

\*\*\*

## ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 18 de Mayo de 1931.

### COMENTARIOS A UN CASO CLÍNICO

**Dr. G. Roqueta:** Se trata de un niño con un cuadro de gripe hipertóxica y al que el disertante encontró contractura de nuca muy positiva, así como el Koernig y dolor en la cuarta, quinta, sexta y séptima vértebras dorsales. Prescribió embrocaciones con tintura de yodo e, interiormente, salicilato y urotropina, mejorando el aspecto del paciente, pero los síntomas citados persistieron. Se pensó en una reacción meníngea. El líquido cefalorraquídeo dió el siguiente análisis: leucocitos por milímetro cúbico, 7; linfocitos, 66; monocitos, 33; polinucleares, 1; albúmina, 0,35; glucosa, 0,55; cloruros, 7,45. A los pocos días de haberse practicado la punción lumbar aparecieron dolores en el vientre y piernas. Lo primero era debido a la retención de orina (la vejiga llegaba al ombligo) y se puso sonda permanente; el niño se hallaba parapléjico (la parálisis era flácida) y presentaba hipoestesia radicular externa e interna simétrica en ambas piernas con zonas del todo anestesiadas. En el pecho se encontró una faja hiperestésica entre el cuarto y sexto segmento dorsal, muy pronunciada. Hacía creer en una lesión medular. Los reflejos estaban abolidos en las piernas. A los tres días apareció el reflejo plantar, pero invertido. Ligeros hormigueos en las manos. El niño, que antes estaba sin temperatura, se puso a 38°,7 cuando sobrevino la paraplejía, desapareciendo la temperatura al cabo de una semana. En vista de todo esto se pensó en una poliomiелitis, y por no encontrar suero antipoliomiелítico se continuó con el salicilato y la urotropina y 6 ó 7 c. c. de tripanflavina. Fondo de ojo sin ningún tubérculo coroideo; papilas algo difuminadas. Consultado el caso por un especialista, reconoció la poliomiелitis, y aconsejó radioterapia y masajes. Se hicieron aplicaciones de radioterapia de la sexta vértebra dorsal a la segunda lumbar; fué absorbida en veintiocho días por la medula el 88 por 100 de la dosis de eritema. La parálisis de la vejiga, que duró quince días, se modificó con estas aplicaciones, orinando espontáneamente a los dos días. Las paresias y la temperatura desaparecieron.

Algún tiempo después el niño veía mal y un oftalmólogo hizo un pronóstico de probable pérdida de la visión en el ojo izquierdo. Al mes y medio de aplicaciones de corrientes eléctricas la agudeza visual era normal. Esto hizo pensar que no se trataba de una poliomiелitis, ya que ésta no da trastornos oculares.

Cuando el niño estuvo bien del todo lo mandó al campo, y a la semana de estar allí apareció la paraplejía con los mismos síntomas que la primera vez, pero sin temperatura, siendo de observar la aparición de contractura de los esfínteres y luego incontinencia. Entonces le vió un neurólogo, que, fijándose en la zona hiperestésica del cuello y en la defensa espinal del niño, diagnosticó el caso de meningitis quística que probablemente comprimía la medula a nivel del cuarto al sexto espacio medular. Recomendó una intervención quirúrgica, pero el disertante, recordando la mejoría experimentada la primera vez, insistió con el mismo tratamiento excluyendo la radioterapia y los masajes y añadiendo yoduro potásico. El niño mejoró nuevamente y ahora hace un año que está bien. Uno de los reflejos persiste abolido y el plantar alguna vez se presenta invertido.

Ante este caso el disertante desecha la poliomiелitis, la histeria, la meningomiелitis lútica por ser la Wassermann del padre y del hijo negativa, y dice que si bien el segundo ataque mejoró con el yoduro potásico, el primero curó sin la



presencia de éste. Sólo dos enfermedades pueden invocarse en este caso: la encefalomiелitis y la esclerosis en placas de forma aguda que pueden simular muchas enfermedades. De momento se abstiene de hacer ningún diagnóstico.

**Discusión.**—**Prof. A. Pi Suñer:** Podría ser debido a un mal funcionamiento hepático que daría lugar a la no eliminación de substancias tóxicas que junto con los virus filtrables atacarían la médula. Recomienda, en el caso que se repita el ataque, se haga un estudio de la resistencia globular y de la posible existencia de hematóporfina en la sangre.

**Dr. Guerra Estapé:** El reumatismo podría ser la causa de las manifestaciones señaladas. También cree en la posible existencia de un tumor. Podría admitirse la suposición indicada por el profesor Pi Suñer. Reconoce que es un caso de muy difícil diagnóstico.

#### DISCUSIONES ENDOCRINOLÓGICAS SOBRE GLÁNDULAS MAMARIAS Y DE LA PUBERTAD

**Dr. P. Pujula:** El disertante cree que la determinante de los caracteres sexuales es única y exclusivamente el elemento ontogénico. La función de las células intersticiales, según los experimentos de Tiedje (ligadura de conducto deferente), es nutritiva o, si se quiere, de reserva orgánica. En confirmación de la naturaleza nutritiva de estas células, no endocrinas específicas como pretendía la teoría de Steinach, aduce el hecho de la presencia en ella de cristales albuminoides conocidos en citología con el nombre de cristaloideos. Otro argumento en favor del carácter nutritivo de estas células es su poder de almacenamiento de partículas colorantes, comprobado por Tiedje mediante la inyección subcutánea de carmín litinado con intervalo de dos a tres días, aumentando siempre la dosis. Por estos experimentos se ha precisado la índole de estas células que pasarían a formar parte del sistema retículoendotelial, al lado de las células de Kupffer en el hígado y las reticulares del bazo y ganglios linfáticos.

**Discusión.**—**Prof. Terrades:** El disertante ha roto una lanza contra la afirmación que sentaba la influencia del tejido intersticial sobre los caracteres secundarios sexuales. Cita el caso de una mujer que hubo de someterse a la castración, y cuyos caracteres sexuales no se modificaron. Explica también el hecho de que mujeres que de pequeñas habían sufrido una peritonitis tuberculosa que les inutilizó los ovarios y que, en cambio, no ha tenido esta influencia sobre los caracteres sexuales secundarios.

**Prof. Jaime Peyri:** Discrepa fundamentalmente del doctor Terrades y considera que es la parte parenquimatosa y no la intersticial de la que dependen los caracteres sexuales secundarios.

**Prof. Terrades:** Interviene nuevamente para decir que la secreción del parénquima del testículo tiene influencia sobre los caracteres sexuales del hombre, pero en la mujer no dependen éstos ni del parénquima ni del tejido intersticial, sino de la impregnación que el feto sufre dentro del útero.

\*\*\*

#### SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE BARCELONA

Sesión del 19 de Mayo de 1931.

#### CASO CLÍNICO DE RODILLA CON RESALTO POR LESIÓN DEL MENISCO EXTERNO

**Dr. J. Riba de Sanz:** Relata el caso de un joven de quince años que quedó paralizado de las extremidades inferiores a la edad de tres años y medio. Ataque de parálisis súbito sin ningún síntoma anterior. Actualmente presenta

parálisis casi total de la extremidad derecha. La extremidad inferior izquierda presenta algunos músculos paralizados, otros parésicos, glúteos bastante sanos. Se sostiene con la pierna izquierda. Estado de los músculos motores de la rodilla: cuádriceps paralizado, bíceps parésico, demás flexores paralizados; genu recurvatum y valgum. Wassermann positivo. En Febrero del 1930 se nota una hidrartrosis de la rodilla izquierda que se punciona y extraen 40 c. c. de líquido seroso. Se somete a un tratamiento específico. En Marzo del año actual, examinando la rodilla, se nota un resalto muy marcado al hacer movimientos pasivos de flexión y extensión, más notables en la extensión. Este resalto no es doloroso, no molesta para nada al enfermo. La hidrartrosis continúa, aunque ligera, con tumefacción de la sinovial. Se practica una artrodesis. Al abrir la articulación se aprecia la causa del resultado en los movimientos de flexión y extensión. La sinovial está muy engrosada; en su borde anterior el grueso mide aproximadamente un centímetro y sus inserciones son tan laxas que permiten un desplazamiento notable hacia atrás, una verdadera luxación posterior. Estando la rodilla en flexión cerca del ángulo recto, el menisco ocupa su posición normal, pero al hacer el movimiento de extensión el menisco externo en su parte anterior se ve comprimido cada vez más entre el fémur y la tibia, que se van aproximando, y llega un momento en que bruscamente se desplaza el menisco hacia atrás produciendo un resalto característico; y viceversa, al flexionar la rodilla llega un momento en que el menisco que estaba desplazado hacia atrás viene a interponerse entre el fémur y la tibia, produciendo un pequeño resalto.

Schultz y Baudet han publicado dos casos tan parecidos al del disertante que pueden constituir una entidad nosológica desde el punto de vista clínico y anatómico.

**Discusión.**—**Prof. J. Trías Pujol:** El caso presentado no es frecuente porque éstos obedecen a dos causas: cosas de cóndilo externo y cosas de cóndilo interno. Cita un caso en que no había nada de cóndilos y sí una exóstosis traumática.

#### CÁNCER DE RIÑÓN SIMULANDO UNA PIONEFROSIS

**Prof. Joaquín Trías Pujol:** Joven de quince años, bien desarrollada, robusta, no gruesa, buena salud hasta hace una temporada en que apareció anorexia y enflaquecimiento y dolor brusco e intenso en abdomen que obligó a dar morfina. Se comprobó un empastamiento en la parte derecha del vientre, limitado por abajo y que por arriba se perdía en el arco costal. Fiebre remitente, de 39°, especialmente alta por las tardes. Así pasó nueve días, al cabo de los cuales quedó un endolorecimiento en todo el abdomen y se notó una tumoración en la parte derecha del vientre. Consultado el disertante, comprueba: pulso a 120, tumoración que llega por abajo a la fosa ilíaca y por dentro a la línea media y por arriba los límites se perdían en el arco costal, estado nauseoso muy manifiesto, fiebre 39°, 5. Leucocitosis no muy alta. Orina normal.

Se pensó en un absceso perirrenal o una pionicrosis cerrada. Varias punciones exploradoras en busca de pus fueron negativas, pero aun así se fué a la intervención con la seguridad de encontrar pus en el riñón. Se practicó una incisión lumbar y se encontró un riñón grueso, no saliendo pus después de varias punciones, practicó una incisión exploratoria y entonces se encontró una masa que sangraba con abundancia, por lo cual se hizo una nefrectomía que demostró un cáncer de riñón que había comenzado, y esto es lo interesante, de una manera aguda. El riñón estaba destruido y ocupado por una masa que había transformado el



# MORRHUËTINE

## JUNGKEN

### CARACTERES ESENCIALES

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

### SE EMPLEA EN TODAS LAS ÉPOCAS DEL AÑO.

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

*Eficaz en el tratamiento de las*

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



**LABORATORIO MIRABENT BARCELONA**

ESPECIALIDAD NACIONAL



Asociación  
Digitalina-Uabaina

# DIGIBAÏNE

reemplaza con ventaja  
a Digital y Digitalina.

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

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

EN  
AMPOLLAS  
5  
CENTI-  
CUBOS

**Terapeutica Cacodilica Intensiva e Indolora**

## CYTO-SERUM

A BASE DE CACODILATOS ALCALINOS

Una Inyección intra-muscular cada dos días

*Poderoso Estimulante  
de la Hematopoyese y de la Fagocitosis*

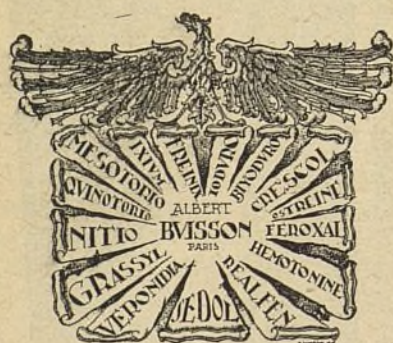
**GRIPE  
TUBERCULOSIS  
PALUDISMO  
NEOPLASMA  
NEURASTENIA  
CONVALESCENCIAS**

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

**Solicítense Muestras Gratis**

Agente G<sup>al</sup> para España: FERNAND BEJAR, 20, RUIZ PERELLO, MADRID (9)

EN  
AMPOLLAS  
5  
CENTI-  
CUBOS



# SEDOL

**Asociación escopolamina-morfina.**

AMPOLLAS — SUPOSITARIOS

Literatura, muestras  
e informes

**I. RODRIGO**

Ap. 4.075.—Tel. 35.407

MADRID

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



tejido renal en una membrana periférica. Histológicamente se trataba de un sarcoma típico fascicular de células alargadas.

Lo interesante del caso es el comienzo agudo del cuadro, la enferma empezó con un cólico (no orinó nunca sangre); luego se mantuvo un dolor sordo, la repercusión digestiva no tiene nada de particular. También es curioso de este caso la temperatura, toda vez que éste sólo existe en un 8 por 100 de los casos de cáncer de riñón. En este caso no existe ni siembra a distancia, ni hematoma, ni infección, y, por tanto, la temperatura debió ser originada por la misma neoplasia, ya por anafilaxia producida por las albúminas de su desintegración.

Tras un curso postoperatorio relativamente normal, la enferma quedó bien. En la actualidad ha aumentado varios kilos de peso, ha mejorado su color y tiene mucho apetito.

**Discusión.**—**Dr. Frontera:** Se explica el diagnóstico equivocado por la falta del síntoma fundamental del cáncer de riñón: la hematuria. Los demás síntomas son secundarios y sólo la hematuria tiene verdadero valor, la cual se encuentra en el 98 por 100 de los casos. El síntoma tumoración tampoco es decisivo, pues en la mayoría de los casos no se encuentra con facilidad.

**Dr. Manuel Corachán:** Cita un caso que presentó dos hematurias, una hacia dos años y la otra cinco meses. Se practicó el cateterismo uretral y el catéter no pudo penetrar en el uréter debido a la presencia de varios nódulos epiteliomatosos. Se hizo un diagnóstico de cáncer y la intervención demostró que en vez de un cáncer se trataba de una piodrosifrosis y sólo en el centro de un cáliz encontró un pequeño nódulo epitelial benigno. Cita el caso por ser inverso al presentado por el disertante.

\*\*\*

## HOSPITAL DEL SAGRADO CORAZÓN

*Sesión del 20 de Mayo de 1931.*

### IMAGEN RADIOGRÁFICA CONFUSA DE UN CÁLCULO VESICAL

**Dr. M. Bretón:** Se trata de un enfermo que el disertante considera interesante por las dudas diagnósticas a que le llevó su evolución inicial y la aparente falta de concordancia entre la imagen radiográfica y la cistoscopia. Caracteriza este caso clínico un síndrome de cistitis, con antecedentes de una orquitis, sondajes, etc., que mejora mucho con sesiones de dilatación, siendo, pues, lógico pensar en una vulgar cistitis de un estrechado. Las bruscas y repetidas exacerbaciones del síndrome obligaban a una detenida exploración y una radiografía hizo pensar en un cálculo por su situación junto a sínfisis pubiana, pero la escasa densidad, bordes difuminados, y sobre todo el que en dos cistoscopias practicadas no apareció, dió lugar a dudas sobre su existencia. Es por la uretrocistorradiografía que comprobó, además de la estrechez, falta de repleción de la porción prostática de la uretra, un relieve en pared anterior, de bordes lisos, que recuerda la imagen de un pólipo o cálculo fijo, de menor opacidad que la solución empleada para llenar la vejiga (INa al 20 por 100). Al fin, tras otra cistoscopia intentada primero con el Mac Kistie, de menos suave introducción, confirma por su movilidad o desplazamiento, ante la sonda uretral, un cálculo, y deduce que fijado en pared anterior junto al orificio uretral del cuello por el roce que se notaba al pasar todo instrumento, por no ser visible al practicar las cistoscopias precisamente con la idea de cálculo, por su imagen siempre en el mismo lugar en distintas radiografías por el aspecto de la imagen cistorradiográfica, y haberle hecho abandonar su asiento el paso de un instrumento más recto y

grueso, después de vencer mayor resistencia y provocar hemorragia al despegarle. La litotricia fué practicada con éxito y persiste la curación.

Considera que la etiología de este cálculo fosfático, sin el más ligero esbozo de cólico nefrítico, ausencia de opacidades renales radiográficas, etc., es secundario a la antigua estrechez (presencia de celdas y columnas vesicales, etc.), con consecutiva retención y precipitación de sales cálcicas, alrededor de un núcleo orgánico, descamación, colibacilos, etc.

**Discusión.**—**Dr. Javier Oms:** Cita un caso en que la radiografía parecía demostrar la presencia de cálculos en parénquima renal, inexistentes, según demostró la intervención. Se precisa pensar siempre ante un cálculo radiográfico en las posibles causas de error y en gran número descritas: ganglios calcificados, coprolitos, focos caseosos, verrugas (Cifuentes), etc.

**Dr. F. Serrallach Juliá:** También cree que se trataba de un cálculo secundario, no primitivo.

### CÁLCULOS VESICALES EXTRAÍDOS POR UNA LITOTRICIA CISTOSCÓPICA

**Dr. F. Serrallach Juliá:** Se trata de una enferma de sesenta y ocho años de edad intervenida por el Dr. Pérez Rosales de un prolapsio uterino, y en el que además pudo comprobarse por cistoscopia la existencia de dos cálculos vesicales. Bajo anestesia raquídea, se practicó sin dificultad alguna una litotricia con el cistoscopio litotritor de Lohstein (Loewenstein). La enferma no sangró después ni tuvo fiebre.

Las ventajas de la litotricia cistoscópica son: su inocuidad, el no tener que trabajar a ciegas, lo que impide que se pellizque la mucosa vesical, y coger cálculos pequeños y los enclavados en pequeñas celdas vesicales. Además, pudiéndose evacuar las partes trituradas por el mismo litotritor, después de retirada la óptica, permite con una sola introducción del instrumento practicar la litotricia, evacuar el cálculo, practicar cistoscopias de control y acabar la trituración de alguna partícula que pudiera pasar inadvertida. La litotricia cistoscópica tiene un campo de aplicación más amplio que la litotricia a ciegas. Está indicada en todos los casos de cálculos vesicales, excepto cuando la uretra está estenosada y no se puede dilatar lo suficiente, cuando existe una infección uretral aguda, cuando ni bajo anestesia se puede obtener suficiente capacidad vesical, o bien el cálculo es demasiado duro o grande, y en especial cuando coexiste alguna enfermedad (hipertrofia de próstata) que obliga a una talla.

**Discusión.**—**Dr. E. Messeguer:** Está de acuerdo con lo manifestado, en especial a las ventajas de no tener que sacar el aparato para la evacuación del cálculo y practicar las cistoscopias de control.

**Dr. E. Laramendi:** Hace resaltar las ventajas de la litotricia cistoscópica.

**Dr. M. Bretón:** Reconoce las ventajas de esta intervención, pero llama la atención sobre los casos en que está contraindicada.

\*\*\*

## PEDAGOGIUM

*Mayo de 1931.*

### POLÍTICA SANITARIA

**Dr. J. Caballero Fernández:** Ante un público selecto dió una conferencia sobre «Política sanitaria» el secretario de la Institución «Pedagogium», Dr. Caballero Fernández. Se redujo escuetamente a las sugerencias del problema sanitario español, desde el punto de vista médico. Estudió varias enfermedades, haciendo hincapié en las que más preocu-



pan a la sociedad. Respecto a la tuberculosis, dijo que si no se puede radicalmente evitar, se debe por medio de una política sanitaria eficaz tratar de disminuirse. La lucha antituberculosa no es sólo médica, sino política y social. Hay que combatir la miopía de los padres que no cuidan de sus hijos y la avaricia de los patronos que no tienen acondicionadas las fábricas y talleres, y hay que pedir al Estado que se cuide de crear lugares para refugio de enfermos pobres.

Con la mitad—dice—del precio de un acorazado puede edificarse una Facultad médica en la que se estudien con interés profundo estas cuestiones que tanto influyen en la buena política de un país. Medida política sería también la implantación de la vacuna obligatoria. Abundan los españoles que no creen en la eficacia y evitación de enfermedades de la vacuna. Desgraciadamente no está resuelta esta cuestión en España. Existe una gran prevención por parte de mucha gente hacia la vacuna y se multiplican los casos de soborno al médico para que extienda certificados falsos de revacunación. Hace un gran elogio de la vacuna antidiftérica que disminuye mucho el porcentaje de mortalidad por la difteria. Los medios contra el cólera y la tifoidea no están definitivamente resueltos en ninguna población del mundo. Sólo en Londres no se producen tifoideas de origen hídrico. Lamenta que en España haya casos de paludismo, careciendo como carece nuestro país de las condiciones malsanas en que esta enfermedad se produce. Hace falta un oportuno cultivo de los arrozales para que no sean focos de infección palúdica, y de esos charcos que en Cataluña fórmanse en las partes bajas de la costa, cuando bien estudiado ese motivo puede, a la vez que evitar perjuicios, producir un rendimiento, pues dichos charcos se convertirían, plantando eucaliptos y pinos, en sitios saludables y bellos. Aunque las leyes sanitarias son universalmente el problema de su política, debe empezar por ser individual, porque con la práctica fervorosa de la higiene cada individuo contribuye a la evitación de posibilidades patógenas.

El conferenciante, que hizo una interesantísima disertación por la multiplicidad de matices que supo dar al tema desarrollado, fué muy aplaudido.—*F. Wüst Berdaguer.*

### En vísperas de una de tantas Asambleas.

Si no queremos, como otras veces, perder el tiempo y la oportunidad en la discusión de temas hasta la saciedad resobados y conocidos; ni en escarceos oratorios pueriles y ridículos, sin otra práctica e inmediata finalidad que la de agotar la paciencia de la masa y la de brindar a los fáciles recitadores el medio de que sus nombres a granel se prodiguen en la Prensa de todos los colores y matices... bueno será que los asistentes a la próxima Asamblea se percaten del peligro que la pérdida de tiempo entraña en las actuales angustiosas circunstancias en que con verdaderos forcejeos todas las clases sociales (incluso la de nuestro tradicional obstaculizador el secretario municipal) aspiran a tomarnos la delantera, poniéndose en actitud de contrarrestar o invalidar nuestros esfuerzos.

Y puesto que los representantes que a esta nueva Asamblea han de concurrir, de suponer es que vengan pertrechados de los antecedentes necesarios para convencer al más relapso; y, por otra parte, todos, sin excepción, abrigarán el firme propósito de recabar lo que con tanta perseverancia como resignación en estricta justicia necesitamos para el cumplido desempeño de la sacrosanta misión sanitaria que se nos tiene confiada... allá van las conclusiones que, a nuestro juicio, debían esforzarse en conseguir, de momento y como *máximum*, de los Poderes públicos:

1.<sup>a</sup> Que para atender cumplidamente a los fines culturales y sociales que les son propios, salvaguardar el derecho, exigir el estricto cumplimiento del deber, y fomentar el acrecentamiento de la mutual previsión, todos los médicos en ejercicio deberán asociarse a los Colegios respectivos con carácter obligatorio.

2.<sup>a</sup> Que el anuncio, tramitación, provisión de vacantes, y demás incidencias que con éstas se relacionan queden, en lo sucesivo, exclusivamente a cargo de la Dirección general de Sanidad.

3.<sup>a</sup> Que los inspectores municipales de Sanidad, desde luego, sean pagados y pasen al servicio directo del Estado en la cuantía y forma determinadas en la clasificación.

4.<sup>a</sup> Que hasta tanto eso se consiga y pueda servir de escalón sobre el que cimentar el ideal acariciado, se deja en suspenso el arduo problema de la iguala por haber demostrado la experiencia ser de todo punto inabordable con el carácter de generalización que se pretende.

El resultado de la Asamblea nos pondrá en condiciones de juzgar las conquistas o decepciones en ella cosechadas.

MANUEL MARTÍNEZ SALDISE

### COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Se pone en conocimiento de los señores colegiados que el día 15 del corriente a las siete de la tarde se celebrará Junta general ordinaria para presentación de los vocales interinos de la directiva, examen del estado de cuentas del mes de Mayo, discusión del Proyecto de Estatutos para el Patronato de la Biblioteca y ruegos y preguntas.

### COLEGIO DE HUERFANOS

Han comenzado los exámenes en los tres principales Centros que contribuyen a formar el conjunto de esta Institución. Para conocimiento posible de las familias hemos procurado informes que no pueden ser más satisfactorios dada la proporción de alumnos y alumnas aprobados, y dentro de éstas, de los que lo han sido con las notas de sobresaliente y notable que figuran con más de un 15 por 100 de los agraciados, mientras que los suspensos en los Institutos y Escuela del Magisterio no llegan aun a cinco. En el número próximo podremos detallar y ampliar más estas cifras.

### SECCION OFICIAL

*Sin perjuicio de publicar íntegras las disposiciones oficiales que sean de interés general para nuestros lectores, a continuación adelantamos el resumen de las aparecidas en la «Gaceta»:*

4 de Junio.—Gobernación.—Decreto dictando normas para las operaciones de desinfección, desratización y desinsectación de buques.

—Orden declarando que el Cuerpo de Médicos de número de la Beneficencia general tendrá derecho a solitar la excedencia.

5 de Junio.—Fomento.—Decreto disponiendo que las Inspecciones generales de Higiene y Sanidad pecuarias y de Sanidad veterinaria, radicantes, respectivamente, en los Ministerios de Economía y Gobernación queden incorporadas a la Dirección de Ganadería e Industrias pecuarias de este Ministerio, y nombrando, con carácter provisional, para los cargos que se indican, a los señores que se mencionan.

5 de Junio.—Instrucción pública y Bellas Artes.—Orden autorizando a los decanos de las distintas Facultades y directores de todos los Centros dependientes de la Universidad para que, durante sus ausencias y enfermedades, puedan designar libremente la persona que haya de substituirles en su funciones.



6 de Junio.—Gobernación.—Decreto suprimiendo en este Ministerio, en la Dirección general de Sanidad, la Inspección general de Sanidad Veterinaria, cesando en el desempeño de la misma D. José Niceto García Armendáriz.

7 de Junio.—Gobernación.—Dirección general de Sanidad.—Disponiendo que por los señores presidentes de los Colegios Médicos se ordene la confección y uso, a partir de 1.º de Enero de 1932, de los certificados de defunción, con arreglo al modelo que se inserta.

—Declarando nulas las vacantes del concurso para la provisión de las plazas de director de la Escuela Nacional de Puericultura y de cuatro jefes de Sección de la citada Escuela.

—Orden relativa a las funciones del Comité de la Cruz Roja Española.

## MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISION

### *Implantando el Seguro obligatorio de Maternidad.*

#### DECRETO

Uno de los compromisos internacionales que tiene España por cumplir es el de la protección a las madres obreras para garantizarles el debido reposo antes y después del parto. Para realizarlo se ha preparado el Seguro de Maternidad.

El origen remoto de este Seguro está en la tendencia legislativa a proteger a las madres obreras, iniciada en nuestra patria en 14 de Abril de 1891, por una propuesta de la primitiva Comisión de Reformas Sociales. Con el proyecto de Ley de 23 de Mayo del mismo año 1891 se concreta esta iniciación legislativa, cuya realización comienza con la primera de las Leyes tutelares del trabajo—la de 1900—, que tenía el fin de regular el trabajo de las mujeres y los niños. En ella se prohibía ya el trabajo de la mujer antes y después del parto.

En 1919 España acudió a la primera Conferencia Internacional del Trabajo, celebrada en Washington, en la cual se llegó al acuerdo, tomado por cuarenta Estados, por el que se convino que la obrera tiene derecho a descansar seis semanas antes del parto y se le prohíbe trabajar hasta seis semanas después, obligándose los Estados a facilitar a las madres obreras la asistencia gratuita de comadrona o médico y una indemnización por los salarios perdidos, todo ello satisfecho por el Tesoro público o por medio de un Seguro.

Todos los delegados de España, los que representaban a los patronos y obreros como los que representaban al Gobierno, firmaron el Convenio, y el Estado les hizo honor con la Ley de 13 de Julio de 1922, que autorizaba al Gobierno para proceder a la ratificación.

Consecuentemente, las Cortes incluyeron en la ley de Presupuestos de 26 de Julio del mismo año 1922 un artículo, el 32, autorizando al Ministerio de Trabajo para establecer un sistema de seguro, con subvención del Estado, para la efectividad de tales derechos a favor de la mujer obrera, y autorizaron un crédito para hacer efectiva la aportación que correspondiera al Estado al implantarse el mencionado sistema de seguro.

Consecuencia de estas Leyes fué el Real decreto de 23 de Agosto de 1923, en el cual, para un período de transición, se estableció el subsidio de Maternidad, para que al propio tiempo que se laborara para el establecimiento de las normas de un seguro obligatorio, fuera éste encarnando en la realidad, y el Instituto Nacional de Previsión, a quien se encargó, desde luego, del servicio, pudiera ir contrastando los resultados del Régimen, para proponer en su día normas definitivas en la materia.

Salvando las dificultades circunstanciales, se fué prepa-

rando el proyecto de Seguro de Maternidad, sumando a la labor técnica las cooperaciones sociales, solicitadas en reiteradas informaciones, hasta redactar el anteproyecto, presentado el 22 de Junio de 1928 al ministro de Trabajo. Estudiado por éste e informado favorablemente por el Consejo de Trabajo, fué aprobado por Decreto-ley de 22 de Marzo de 1929. En 29 de Enero de 1930 se dió el Reglamento general, y seguidamente se preparó el Reglamento de Procedimiento técnico-administrativo.

Patronos y obreras habrán de pagar sus cuotas respectivas por trimestres, y a partes iguales habría de corresponder a cada uno al trimestre una peseta ochenta y siete céntimos y medio. Ya se comprenden las dificultades que esto traería, no sólo para la Administración, sino también para los patronos y las obreras, y esas dificultades pueden quedar obviadas señalando cifras redondas a la cotización de unos y otras: 1,90 a los patronos y 1,85 a las obreras.

No parece razonable que una obrera pierda los beneficios de este Seguro por el hecho de no estar inscrita en el de Retiro obrero por culpa del patrono. Eso sería castigarla por ser víctima y hacerla responsable de una infracción legal que el patrono habría cometido. A evitar eso responde el art. 3.º de este Decreto.

Para poder implantar el Seguro de Maternidad, a más de subsanar la deficiencia de su indotación en el Presupuesto de este Ministerio, lo cual corresponde al de Hacienda, hay que aprobar la reglamentación del procedimiento administrativo y asegurar la cooperación de las entidades locales y otras entidades oficiales a las que, según la legislación y reglamentación de este Seguro, corresponde colaborar en su aplicación.

Estudiados, articulados, sometidos a los debidos asesoramiento y aprobados este Seguro de Maternidad y su adecuada reglamentación, sólo habría un motivo suficiente para que su implantación fuese aplazada, el que significara un sacrificio excesivo para la Nación. Entonces habría alguna explicación para pedir a las obreras que continuaran sacrificándose, exponiendo las vidas de madres, que con el Seguro se espera rescatar, y las de sus hijos en su primera infancia, que sin el Seguro quedarían expuestos a serio peligro de enfermedad y de muerte. Pero valorada la cantidad requerida, lo mismo en absoluto que en relación al presupuesto nacional, no justifica tan enorme sacrificio de la clase obrera, ni es peligro alguno para las finanzas del Estado ni para la Economía nacional, ni puede, en fin, detener la noble aspiración generalmente sentida de proteger a las madres y a la infancia de las clases obreras en el trance en que a ellas y a sus hijos les pone el hecho de prestar un gran servicio a la Nación.

Por todos los antecedentes y razones expuestos, como presidente del Gobierno provisional de la República y a propuesta del ministro de Trabajo y Previsión,

Vengo en decretar lo siguiente:

Artículo 1.º La aplicación del Seguro de Maternidad comenzará el 1.º de Octubre de 1931.

Art. 2.º Para la mayor facilidad en el pago de las cuotas establecidas en el apartado 4 del art. 10 del citado Real decreto, las cuotas trimestrales fijadas por el art. 11 del mismo serán de 1,90 pesetas la patronal y de 1,85 la obrera.

Art. 3.º Para mejor asegurar a la obrera los beneficios de este Seguro, se añadirá un último párrafo al art. 6.º del Reglamento general del Régimen obligatorio del Seguro de Maternidad, aprobado por Real decreto de 29 de Enero de 1930 y concebido en los siguientes términos:

«Tendrán también derecho a todos los beneficios anteriores, excepto el 2.º, aquellas obreras que estando sujetas



al Régimen obligatorio de Retiro obrero no figuren inscritas en el mismo por culpa exclusiva del patrono, siempre que lo pongan en conocimiento de la entidad aseguradora o de la Inspección y ésta compruebe la certeza del hecho, lo que deberá hacer con carácter de servicio urgente y preferente.

»Por lo que se refiere a la indemnización prescrita en el número segundo de este artículo, la entidad aseguradora competente hará entrega de ella a la beneficiaria, tan pronto como la haya pagado, voluntariamente o en virtud del apremio, el patrono obligado a satisfacerla con arreglo al artículo 85 de este Reglamento.»

Art. 4.º Los Ministerios de la Gobernación y de Instrucción Pública se encargarán de que las entidades locales y los organismos y servicios de su jurisdicción presten la colaboración prevista en el Decreto ley de 22 de Marzo de 1929 y en los Reglamentos dictados para su aplicación, a fin de dar la mayor y más fácil eficacia a la misión sanitaria y protectora de la madre y del niño procurada por el Seguro de Maternidad.

Dado en Madrid a 26 de Mayo de 1931.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de Trabajo y Previsión, *Francisco L. Caballero*. (*Gaceta del 27 de Mayo*.)

## GACETA DE LA SALUD PUBLICA

### Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 709,1; ídem mínima, 703,1; temperatura máxima, 32º,8; ídem mínima, 9º,8; vientos dominantes, OSO y O.

Las circunstancias meteorológicas han influido considerablemente en el estado de la pública salud. Favorablemente en los afectos catarrales del aparato respiratorio y en los estados gripales; pero marcando tendencia a complicaciones congestivas en los estados arterioescleróticos y congestivos de los centros nerviosos. En general, hasta ahora el estado de la salud es satisfactorio.

## CRONICAS

**Inspectores provinciales de Sanidad.**—Por Orden del Ministerio de la Gobernación (*Gaceta del 6 de Junio*) han sido nombrados: para la Inspección provincial de Zaragoza, D. Aniceto Bercial González; para la de Ciudad Real, D. Eutiquio González Muñoz; para la de Badajoz, D. Antonio García Vélez; para la de Vizcaya, D. Joaquín Mestre Medina; para la de Murcia, D. Laureano Albadejo García; a D. Mariano Fernández Horques se le nombra para la de Jaén, pasando D. José Pérez Mel a la de Albacete, y D. Antonio Mallou Vicario, que ocupaba la suprimida Inspección regional de Sanidad del Campo de Gibraltar, pasa a la Inspección provincial de Sanidad de Tarragona.

**Cuerpo de Sanidad de la Armada.**—Han sido nombrados médicos segundos los Sres. D. Mariano García Velicia, D. Vidal García Bragado, D. José María Luis Torner Marco, D. Marcelino Alonso Bueno, D. Angel Garzábal Bastos, D. José Monmeneu Ferrer, D. Luis Ubeda Guerrero, D. Laurentino Salazar Labarga.

**Noticias.**—Ha sido nombrado director de la Escuela de Odontología D. Ciriaco Juan Mañas y Retana.

**El próximo Congreso Internacional de Oftalmología.**—Acordada la celebración en España en 1933 del Congreso Internacional de Oftalmología, el miércoles pasado se reunió el Comité nacional para ocuparse de la organización.

Presididos por el profesor Márquez asistieron los doctores Mansilla, Castresana (B. y A.), Poyales, Espinosa de los Monteros, Castro y Martín Renedo, sentando los primeros jalones y distribuyéndose el trabajo con el fin de comenzar la impropia tarea que de seguro y para honor

nuestro llevarán a cabo de modo perfecto, haciendo que el pabellón oftalmológico español quede a la altura que merece.

**Vacantes.**—Solicitudes hasta el 10 de Julio.

—La Aberca (Salamanca), 3.850 pesetas.

—Garbayuela (Badajoz), 1.650 pesetas.

—P. zalmuro (Soria), 1.375 pesetas.

—Nueva Villa de las Torres (Valladolid), 1.650 pesetas.

—Ubidea (Vizcaya), 1.375 pesetas.

—Villarpando (Jaén), 2.200 pesetas.

**Asociación Ferroviaria Médico Farmacéutica.**—Concurso para proveer tres plazas de médicos generales supernumerarios para los distritos de Inclusa y Hospital; dos de practicantes supernumerarios para los distritos de Palacio y Hospital; una de practicante supernumerario para cada una de las zonas del Puente de Vallecas, Segovia, y Villaverde y otra de comadrona supernumeraria en Villaverde.

Se abre concurso de méritos para cubrir las referidas plazas con arreglo a las bases que están de manifiesto en el domicilio social en Madrid, Atocha, núm. 115, donde pueden presentarse, durante las horas de seis a ocho de la tarde las instancias dirigidas al señor presidente de la Asociación y a las que se unirán los documentos justificativos de los méritos alegados.

El plazo de presentación expira el día 4 de Julio próximo a las veintiuna horas en punto.

Madrid, 13 de Junio de 1931.—El secretario, *Pedro Rico*.—V.º B.º: el presidente, *Alfonso Imedio*.

**A la Profesión Médica Española.**—Nos dirigimos a la Profesión Médica Española con motivo de que existen en el mercado español varias preparaciones como imitación de la Antiphlogistine que se están vendiendo en lugar de nuestro producto.

Es imposible hacer una preparación igual que la Antiphlogistine por la razón de que el éxito terapéutico no solamente depende de su fórmula sino de los métodos de composición. Una liga ordinaria de los ingredientes que entran en la formación de la Antiphlogistine resultaría simplemente un emplastro ordinario.

Permitanos sugerirle la conveniencia de no solamente recetar nuestro producto a sus pacientes sino insistir en que se despache la legítima Antiphlogistine en sus recetas.

Más de 200 imitaciones han aparecido en Estados Unidos y otras tantas en los demás países, que han desaparecido en poco tiempo, mientras la Antiphlogistine ha tenido éxito.

Si se insiste en la legítima Antiphlogistine puede estar seguro de sus resultados. Bondadosamente solicitamos la cooperación de la Profesión Médica Española.—*The Denver Chemical Mfg. Company*.

**Foliculina menformon.**—Con el número presente acompañamos prospecto y tarjeta del producto mencionado, recomendando su lectura y pedido de muestras a E. F. E. Y. N. Apartado 9.009, Madrid.

### SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

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

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

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

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

## BARDANOL

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

Medicación por la quinina. — Fiebres palúdicas, gripales, etc.

**NIÑOS { Quininfantina**  
Delgado Ronco.

En papeles, de acción eficaz y agradable de tomar.

IMPRENTA DEL SUCESOR DE E. TEODORO

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