

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

FRANQUEO
CONCERTADO**PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN**

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

La científica y profesional al Director.....

Apartado de Correos, núm. 121.

Reuma Gota

Atophan

Inseparables

son estos términos para todos los médicos que conocen el efecto terapéutico del Atophan Schering, pues no sólo es el más potente eliminador del ácido úrico, sino ejerce también una excelente acción antirreumática, antiflogística y analgésica. Aventura a los salicilatos asimismo por su inocuidad, no ataca el corazón, ni produce sudores o zumbidos. En todo el mundo es considerado el Atophan como el remedio sin igual contra todas las afecciones reumáticas y gotosas.

80125920

Tubos de 20 tabl.
de 1/2 gr.

Arhéol

$C^{10}H^{24}O$

Principio activo de la Esencia de Sándalo
Superior a las Esencias de Cedro y de Sándalo

Gonorrea - Cistitis

Catarro vesical

Pielonefritis - Pielitis

Laboratorios P. ASTIER, 41-47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16^e)
Sucursal en ESPAÑA: 129, Bruch, BARCELONA.



Nujol

MARCA REGISTRADA
CONTRA EL ESTREÑIMIENTO

Ha sido demostrado que el grado de viscosidad definitiva-
mente escogido para el Nujol es fisiológicamente exacto

EL PROTOTIPO DE TODOS LOS ACEITES DE VASELINA



Mostrar y Literatum
BUSQUETS HERMANOS y Cia.
Ronda Atocha, 23 MADRID



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 118 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.

Pidanse 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 d
inteligencia y con enfermedades nerviosas, Profesorado especializado.
Tratamiento médico dirigido per el Dr. Gonzalo R. Lafora.

que representen una cantidad de carne igual a tres veces su peso, y también se las puede desecar por el vacío y a la temperatura de 60° hasta que queden reducidas a polvo y representen seis veces su peso de carne. Son alimentos cuaternarios cuya importancia mayor está en que se pueden asimilar directamente sin necesidad de sufrir nuevas digestiones y, por tanto, sirven bien para hacer sobrealimentaciones de los enfermos en quienes la digestión es deficiente. Incluso se las puede administrar por vía rectal cuando no haya posibilidad de darlas por la boca. De todos modos, el provechamiento de estas sustancias no es total. La peptona seca se da a la dosis de 10 y 20 gramos, en caldo o en enema y la peptona líquida a la dosis doble. Para un enema se emplea la fórmula siguiente:

Peptona seca.....	10 gramos.
Cloruro sódico.....	2 —
Yemas de huevo. Número.....	3
Caldo de carne.....	200 c. c.

Si se emplea leche en vez del extracto de carne se dará solamente la mitad de cantidad de ella. Para un enema tibio que se procurará retener. Se dan dos a cuatro enemas de éstos al día. Indicaciones: Sobrealimentación de los tuberculosos y toda clase de obstáculos a la alimentación normal, incluso los obstáculos de causa psíquica como la repugnancia. Desde luego hay que dar antes del primero de estos enemas de cada día otro de evacuación para permitir a aquélla fácil entrada.

Glicerofosfato sódico.....	2 gramos.
Tintura de kola.....	5 c. c.
Yemas de huevo. Número.....	3
Peptona seca.....	20 gramos.
Láudano de Sydenham.....	X gotas.
Leche.....	300 c. c.

H. s. a. Para administrar como el anterior. Las mismas indicaciones.

son violentas. Provocan hematomas que son circunscritos en caso de que las vainas fibrosas resistan sin romperse, pero que son difusos si dichas vainas se han roto. En este último caso hay que incidir dichas vainas, vaciar el hematoma, ligar los vasos que sangran y suturar cuidadosamente los labios de la herida, y sobre todo los de la vaina fibrosa, por el mismo motivo expuesto al tratar de las heridas.

Las roturas del pene se hacen como consecuencia de los golpes violentos dados con dicho órgano en erección; de modo que se originan en los intentos de violación o cuando por una deformidad de los genitales de la mujer no penetra el pene en el sitio correspondiente y se hace un esfuerzo violento contra el periné o contra la sínfisis del pubis. En los casos más violentos se rompen en su totalidad los dos cuerpos cavernosos. El enfermo siente un chasquido y un dolor muy intenso. La erección desaparece en seguida. La hemorragia distiende la piel del pene, el cual adquiere en seguida un volumen doble o triple del que tenía; pronto se produce el tinte negruzco de los equimosis y se extiende a la piel de las bolsas y a la del pubis. Cuando el hematoma empieza a absorberse se ve claramente que el pene está dividido en dos partes: una posterior, única que todavía se pone en erección, y otra anterior, que queda siempre flácida y que se mueve sobre la posterior como si estuviera unida a ella por una pseudoartrosis. El coito en estas condiciones es imposible. El tratamiento consiste en la incisión y vaciamiento del hematoma y en la sutura correcta de los cuerpos cavernosos, previa ligadura de los vasos que sangran para conseguir la hemostasia. Algunas veces el resultado de la operación es perfecto y las erecciones se hacen en la forma normal; pero lo corriente es que a nivel de la herida se desarrollen nódulos fibrosos que desvían el pene o le retuercen.

Las luxaciones del pene son muy excepcionales. A consecuencia de un desgarramiento del manguito fibroso del mismo, puede desplazarse bajo la piel del escroto, del pubis o de la ingle. En la mayoría de los casos se ha roto la uretra. En-

tonces la infiltración urínosa enmascara la desviación hasta que se ha incendiado y evacuado. Una vez hecho esto hay que colocar el pene en su sitio y saturar las capas que se hayan desgarrado.

La estrangulación del pene se produce algunas veces como consecuencia de diferentes actos de masturbación. En los niños algunas veces, pero sobre todo en los alienados y en los presos que no disponen de mujeres, esta estrangulación es más frecuente. Antiguamente ocurría también con soldados que introducían el pene fático en el anillo de una bayoneta y cuando se ponía en erección se estrangulaba él mismo. En la actualidad no suele suceder esto, tanto por la forma diferente de los cuchillos de fusil como por la mayor comprensión que se tiene para las necesidades sexuales de los soldados; pero sí sucede en los presos, que aprovechan para la masturbación el orificio de la bayoneta que suelen tener en la celda.

Cuando se emplean para ello objetos ocultables, como anillos, si la retención de orina no es absoluta es corriente que el enfermo no confiese su acción y aun que la atribuya cuando se vea obligado a hacerlo a cualquiera otro. En los niños sobre todo se pueden originar así estafecos intensos por el afán de ocultar la falta. Cuando no se ha producido todavía la gangrena las lesiones cedentápidamente en cuanto se quita el obstáculo, pero otras veces la gangrena hace que se abra la uretra por detrás del anillo de estrangulación.

Hay que seccionar el objeto estrangulador con la mayor rapidez. Cuando se trata de anillos de poco espesor se debe hacer con una tenaza cortante de las que se usan en mecánica, cuidando, naturalmente, de proteger el pene. Pero cuando se trata de anillos u objetos metálicos de gran espesor la sección hay que hacerla con una sierra de pelo o següeta. Para esta maniobra hay que tener en cuenta las posibilidades de herir el pene, tanto por ser la següeta sumamente delgada como por la facilidad con que se vuelve y quedan los dientes dirigidos hacia la piel. Por tanto, hay que proteger al pene contra estas heridas, pero al mismo tiempo hay que protegerle contra el calor muy intenso que

Indicación: Dispepsia hipotónica. Después de cada to-
ma se ingerir. n unos sorbos de limonada clorhídrica.

Mixturas:

Pepsina en pajuelas.....	25 gramos.
Glicerina pura.....	50 c. c.
Agua clorofornada saturada....	200 —
Tintura de canela.....	10 —

H. s. a. Cada cucharaja de las de café contiene 50 centigramos de pepsina. Se tomará a continuación medio vaso de limonada clorhídrica.

Indicación: Como los anteriores.

En vez del agua clorofornada y la tintura de canela se puede poner en esta fórmula agua de azahar. En este caso se pone mayor cantidad de excipiente para que cada cucharada de las de sopa, que, en realidad, y a pesar de cuanto diga se deben calcular en 10 c. c., contenga los 50 a 65 centigramos de pepsina. Se tomará en la misma forma que la anterior.

Papeles para los niños de un año a año y medio:

Pulvo de nuez vómica...	5 miligramos.
Pulvo de simiente de anís	5 centigramos.
Pepsina.....	} aa 10
Ácido cítrico.....	

Para un paquete. Háganse 20 iguales. Para tomar dos al día.

Indicación: Dispepsias de los recién nacidos, erupciones seosos.

Peptonas.

Son substancias albuminoides sometidas a una digestión artificial por la acción de la pepsina y del ácido clorhídrico. Como quiera que habitualmente se las extrae de la carne, se las puede concentrar conservándolas en estado líquido hasta

Tratamiento de la **TOS** en general

Tos seca - Bronco-neumonía

Bronquitis - Gripe

Tuberculosis

Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

Específico
contra la Coqueluche.
(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

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

La

ANTIPHLOGISTINE

es el primer cuidado del clínico en el tratamiento de la

P U L M O N I A

Porque

1. **Mitiga el Dolor.**
2. **Combate la Toxemia.**
3. **Fortalece la Circulación.**

La Antiphlogistine, aplicada como emplastro sobre la cavidad torácica, es eficazísima para promover descanso y sueño, esenciales para sostener la vitalidad del paciente.

Muestras y folletos a solicitud.

The Denver Chemical Mfg. Co., 163 Varick St, Nueva York, N. Y.

Agentes exclusivos de venta para toda España:

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

La Antiphlogistine se fabrica en España.

Laboratorios

SANOCAL

OROSANIL

Abello

SANOCAL
Tiosulfato de Calcio químicamente puro
Calcioterapia intravenosa
Dosis Máxima de Calcio puro inyectada hasta hoy

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

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

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

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

OROSANIL
Quimioterapia áurica intravenosa
TUBERCULOSIS

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

Preparado por
D. JUAN ABELLO PASCUAL
Químico-Farmacéutico
en su Laboratorio Vinaces, 3, Prosepeidad-MADRID
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas

MUESTRAS Y LITERATURA:
HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS
Calle de la Flor Alta, 10 MADRID

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

16 I-1932



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

EN UNA FARMACIA

CRÍADO.—Una de las recetas es para la señora y otra para la vaca.

FARMACÉUTICO.—Perfectamente. CRÍADO.—¡Y, sobre todo, no vaya usted a equivocarse en la de la vaca!

(Caricatura y publicación de El Liberal)

Tal es la conversación mantenida entre un criado y un farmacéutico, al recibir éste dos fórmulas que despachar,

Contra las neuralgias aconsejad CEREBRINO MANDRI

y la psicología que encierra, lo que me sugiere estas líneas, por lo que voy a referir una anécdota de las muchas que podría contar, acaecida a los dos años próximamente de ejercer la profesión y que demuestra la conveniencia de insistir el mayor número de veces posible cerca de los enfermos o sus allegados, cuando hagamos la indicación terapéutica, a fin de evitar equivocaciones lamentables, ya que el error en la aplicación de los medicamentos por parte de aquéllos pudiera tener, a veces, muy graves consecuencias.

Visitaba yo un anejo, y una de las veces, al fin, hubieron de requerirme para ver a uno de mis clientes que quería consultarme de cierta afección gástrica que ha tiempo aquejaba y cuyos dolores le atormentaban de tal manera que hasta le impedían descansar por noche y día.

Este enfermo, que afecto se hallaba de «úlcera de estómago», tiempo hacía que con el régimen severo a que estaba sometido no sentía molestias de agudización, hasta que su debilidad le hacía caer nuevamente en el vicio de tomar por las mañanas y en ayunas dos copas de aguardiente de Chinchón, áspero y de mucha graduación, con el que pretendía aniquilar el «gusanillo» que creía tener en su estómago, y con lo que, dicho sea de paso, provocó una de tantas crisis como de vez en cuando hacían su aparición por transgresiones de régimen, crisis violentas, ya que en alguna

Lactofitina: reconstituyente infantil.

oportunidad le llevaron hasta atentar contra su propia vida.

Su mal entendido agotamiento de fuerzas le hacía caer en el vicio de «beber», y con ello aparecía la hiperclorhidria y el dolor; dolor que en su fase subaguda nada le hacía desaparecer más que la morfina, y a ella tuvo que re

currir, prescribiéndole a continuación —además de aconsejarle el régimen dietético-higiénico propio del caso— doce papeletas alcalinas con bismuto y belladona, de las que había de tomar una cada seis horas.

Cuando transcurridos unos días volví a verle, me afirmó encontrarse bien, pero que lo había pasado tan mal con aquellos endiablados papelillos con que *saludé a su enfermedad*, que en principio creyó morir; por eso le rogué me exhibiese lo que *tan mal le había sentado*, y aterrado quedé cuando vi, por mis propios ojos, que las *papeletas alcalinas* las había substituido por otras que contenían *un gramo de permanganato potásico*, medicamento éste que un hijo suyo venía usando desde que fué licenciado del ejército y que un sanitario, amigo suyo, le había proporcionado para tratamiento de la *blenorragia* que padecía, y que por cierto determinó dicha medicación, tan en boga en días lejanos, una estrechez uretral tan considerable que fué preciso intervenir quirúrgica mente con la mayor rapidez posible.

Pues bien, el enfermo que había substituido los alcalinos por *permanganato*



por mero capricho—y que no ignoraba la afección que a su hijo atormentaba— y que lo tomó para que le *comiese la acidez y el dolor* que tan mal hacían a su salud de la manera cómo hacía desaparecer el pus en la uretra del hijo, y que llegó a tomarse en el intervalo de cuatro días hasta *quince gramos* de permanganato potásico, habiendo sucedido al período de intoxicación, no muy grave ciertamente, un período de calma en su crisis gástrica que a los cinco años de ocurrido el hecho duraba todavía; claro es que durante ese largo período de tiempo no volvió a hacer la menor transgresión de régimen, y menos a usar el «matagusanillo» con el que algún día creyó curar su *mal de estómago*.

Cautela, pues, y mucha claridad en la indicación terapéutica, es lo que evitará, a no dudarlo, sorpresas a veces desagradables por la incultura general de los pueblos; la firmeza en el juicio que del enfermo se haga hará que se acreciente la fama y estimación del médico por propios y extraños.

ARSENIO PLAZA.

Torrelaguna (Madrid).

EL GRAN POETA y novelista francés Henri Murger era muy perezoso y solía decir:

—Hay años que no está uno para trabajar.

TRABAJAR, siempre trabajar.

PASTEUR.

CON FRECUENCIA una dolencia vive estimula la longevidad.

O. W. HOLMES.

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

ELIXIR CALLOL

La Cruz Roja y la asistencia a los sin trabajo

POR EL

DOCTOR RENÉ SAND

Según los cálculos más aproximados, créese que actualmente hay por lo menos 25 millones de sin trabajo en el mundo. Pocos países se libran del paro. Los más atacados son: Alemania, en donde de 20 millones de obreros y empleados, cuatro están condenados a la ociosidad; Inglaterra, en donde, en determinadas regiones, más del 50 por 100 de los obreros no tienen trabajo, y, en fin, los Estados Unidos. Los dos primeros Estados han establecido el seguro contra el paro; pero las pensiones no son suficientemente elevadas y prolongadas como para permitir mantener el nivel normal de la existencia. Después de haber agotado sus economías y su crédito, después de empeñar o vender sus muebles, la familia del sin trabajo se ve obligada a emigrar hacia el tugurio, a renunciar a calentarse, a limitar la cantidad y la calidad de sus alimentos, a abstenerse de todo gasto educativo o recreativo. Se comprenden los efectos funestos que semejante situación presenta para la salud y la moralidad. Los sufrimientos y los peligros creados por el paro no son menos gran-

CARABANA: el mejor purgante.

des que los estragos causados por epidemias o grandes catástrofes. Por eso, en los países atacados por esta plaga las Cruces Rojas no se han quedado inactivas.

En Alemania, numerosas secciones locales y varios agrupamientos regionales

les de la Cruz Roja han formado con las Asociaciones filantrópicas *Comités de socorros de urgencia* que han obtenido subvenciones, suscripciones, de nativos en dinero y en especie. Estos

YODALGON

ARRHENALADO

COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

Comités y las Asociaciones que los componen emplean, para reducir sus gastos generales, a personas que ofrecen gratuitamente sus servicios, entre las cuales los voluntarios de la Cruz Roja desempeñan eminente papel.

En gran número de ciudades este Comité ha abierto *restaurantes para los sin trabajo* en locales prestados por los Poderes públicos o por obras caritativas. Gracias a los servicios prestados por las mencionadas personas y por las obreras sin trabajo, gracias a los donativos en especie, gracias, sobre todo, a los tesoros de ingeniosidad desplegados por los organizadores y los colaboradores de estas obras, se ha llegado a suministrar ciertas comidas, incluso con carne, por menos de 25 peniques. Los sin trabajo pueden quedarse toda la tarde o la velada en el refectorio, teniendo a su disposición libros, revistas y periódicos.

Por otra parte, se les distribuye a los sin trabajo que prefieran preparar sus comidas por sí mismos una cartilla con la cual puedan obtener víveres.

La Cruz Roja hace visitar a domicilio a toda familia cuya situación le ha sido señalada. Se ocupa, sobre todo, de los padres de familia que están sin trabajo desde mucho tiempo, así como de los hijos de los mismos y de los adolescentes que tampoco tienen trabajo.

También ha organizado para las obreras sin trabajo cursos de puericultura, costura, remiendo, cocina, etc., y para los sin trabajo, talleres de reparación y toda clase de oficios.

Varias secciones de la Cruz Roja húngara distribuyen comidas a los sin trabajo y dan leche a sus niños. Esta actividad se ha difundido particularmente en el gran centro siderúrgico de Ord. En Budapest, la Cruz Roja coordina toda la asistencia; está, pues, íntimamente asociada a la acción de socorros emprendida en favor de los sin trabajo.

En Checoslovaquia, ciertas secciones locales han establecido para los sin trabajo cantinas que distribuyen leche y vestidos a sus hijos y además pagan su alquiler.

En España, el Comité Central de la

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

Cruz Roja invita a los asociados locales a preparar un programa de asistencia a los sin trabajo; en Andalucía y Extremadura ha abierto tres colonias rurales destinadas a acoger a los niños de las familias más desgraciadas.

En el Canadá, en 1930, con ayuda de los poderes públicos, los agrupamientos

locales abrieron 20 posadas para los sin trabajo. La Cruz Roja participó en la formación de estas agrupaciones, a las cuales suele confiárseles la administración de las posadas; la Cruz Roja alimenta asimismo a los sin trabajo y les distribuye vestidos suministrados por los almacenes de la Armada.

En Estados Unidos, numerosas secciones locales han emprendido la asistencia a los sin trabajo. He aquí dos ejemplos:

El «Grenville Chapter» colocó 42 familias de sin trabajo (330 personas) en el campo, en donde los cultivadores carecían de mano de obra. De este modo, 140 obreros han hallado manera de ganarse la vida.

En Abbeville County, 9 familias (54 personas) podrán adquirir, en el otoño de 1931, 30 acres de tierra laborable, si después de la cosecha han llegado a economizar 100 dólares. Tendrán que reservar 8 acres para la cultura del algodón y para plantar legumbres. La Cruz Roja se compromete a comprar las legumbres sobrantes con el fin de distribuir las a las familias enfermas o necesitadas.

Las indicaciones dadas por el presidente de la República y por el Comité



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.

Codeína . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

precio al público:

4,40 ptas.

nombrado por él han inducido a las mencionadas organizaciones a asociarse para poder allegar, antes del invierno, recursos considerables destinados a la asistencia a los sin trabajo. Las sumas recaudadas no formarán un fondo nacional, sino fondos locales. La Cruz Roja participará en esta acción de socorros y su labor será decisiva en las pequeñas localidades en donde, a menudo, es la única organización filantrópica.

En el Estado de Victoria, Australia, y a petición del Gobierno, se ha formado un Comité para hacer un llamamiento en favor de los sin trabajo. En 1930 se ha prestado asistencia a 3,723 de ellos. La Cruz Roja tomó parte importante en esta acción de socorros. El presidente de la División de Victoria de la Cruz Roja es el vicepresidente del Comité.

En Nueva Zelanda, un proyecto de ley autoriza al ministro de Pensiones de guerra a nombrar Comités consultivos locales encargados de encontrar trabajo a los inválidos de guerra, de organizar su empleo por los patrones, de reeducarlos y asistirlos. Estos Comités se componen, por lo menos, de un representante de la Cruz Roja.

Las indicaciones que preceden muestran cuán amplia ha sido la parte de la Cruz Roja en los esfuerzos destinados a

atenuar los sufrimientos causados por el paro.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velázquez, París.)

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.

De venta en Madrid: Mantequerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 58.

EN TODO cuanto se relaciona con las enfermedades, la credulidad continúa siendo un hecho permanente que ni la civilización ni la educación logran alterar.

OSLER.

AQUEL QUE TIENE carne y dinero siempre encuentra quien le preste un puchero.

LOS LEGULEYOS en Derecho y los charlatanes en Medicina han gozado desde tiempo inmemorial el dominio absoluto de un rico patrimonio libre de enajenación, disminución, revolución e impuestos. ¡Oh desatino e ignorancia de la humanidad!

COLTON.

ES IMPOSIBLE que nadie pueda empezar a aprender lo que cree que ya sabe.

EPICTETO.

Nuevo modelo de perros para los ciegos.

Cuando los invitados por el barón H. de la Bouillierie recibieron una postal rogándoles que asistieran a presentar una película comentada acerca del uso y el empleo de perros como guías de los ciegos, esperaban encontrarse con un desfile de perros de todas las razas. Muchos pensaron en el perro clásico del ciego del Puente de las Artes. Pocos de ellos habían pensado que el movimiento infernal de las calles ha hecho inútiles los servicios del buen perro de otras veces que se alejaba de su dueño en toda la longitud de una manzana de casas, y por consecuencia, que actualmente el guía y el guiado deben unirse y marchar al lado estrechamente, y que por consiguiente, una raza de gran talla es la única que puede ser utilizada. Mr. Harrison Eastis después de numerosas investigaciones y consultas, ha

ALBUMINURIA

«Stroarsil»—Muy eficaz.

Laboratorio Coll Olivé, París, 111, Barcelona

llevado su elección sobre los perros de los pastores alemanes.

Nosotros no estamos aún en la sala donde ha de tener lugar la conferencia y pasan ya cuatro ciegos conducidos por los alumnos de «El ojo que ve», y que

SIGUE A LA PÁGINA XVI

Ayuntamiento de Madrid

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUIMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

El **ZINOSAL**, en su nuevo envase, aumenta la eficacia terapéutica del sulfato de zinc y facilita su instilación.

Indicado en la CONJUNTIVITIS SUBAGUDA DIPLOBACILAR o de MORAX AXENFELD y en las CONJUNTIVITIS CATARRALES, CRÓNICAS, PRIMAVERALES, etc.

Las indicaciones del Sulfato de Zinc, el **ZINOSAL** las mejora.



Muestras y literatura al DEPARTAMENTO MEDICO del
LABORATORIO JUSTE. - Apartado 9.030. - MADRID

Francisco Navacerrada, 3, hotel. - Teléfono 55.386.

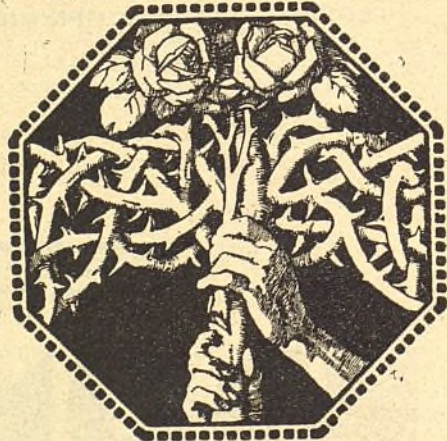


INSTITUTO TERAPÉUTICO ROMANO

(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.

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: Medicación directa pulmonar. Bases. Aportación al método de García Vicente, por el Dr. Vicente de Pablo.—Fisiología del seno maxilar, por Juan Jiménez Cervantes.—Sociedad Oftalmológica de Madrid.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Medicación directa pulmonar.—Bases.—Aportación al método de García Vicente

POR EL

DR. VICENTE DE PABLO

Médico del Hospital Español de Buenos Aires (República Argentina).

Frente al tratamiento de toda enfermedad, lógicamente debemos plantearnos el problema del tratamiento local, siempre que sea factible, asociado al general. No debemos oponerlos el uno al otro, ni creerlos absolutos en sí mismos, sino que debemos asociarlos siempre que podamos. Ambos llenan indicaciones: el general levantando el estado orgánico, facilitando las defensas, eliminando toda causa de fatiga, que, al requerir atención de parte del organismo, lo distrae de la defensa contra la causa morbosa y, por lo tanto, aumenta las probabilidades de la curación espontánea; o llevando medicamentos, es decir, modificadores, sean específicos que actúan sobre la causa patógena misma, o directos, produciendo modificaciones favorables. No necesitamos demostrar lo dicho, ya que lo observamos todos los días; pero, en cambio, quiero hacer recalcar los beneficios del tratamiento local en aquellos sitios donde puede lograrse su aplicación y ante cuyo solo enunciado la mente lo acepte por su lógica. Si la enfermedad es local, el tratamiento igualmente, mientras que si es general habrá que usar éste, siendo entonces el local a título paliativo.

Ejemplos del tratamiento local nos lo dan la Cirugía, Dermatología, Otorrinolaringología, Genitourinarias, Ginecología, Obstetricia, Oftalmología, Estomatología, Gastrología. Si examinamos los métodos de tratamientos que se usan en ellas veremos una cantidad enorme que pertenece a este grupo, lo que nos lleva a considerar y admitir el tratamiento local en las enfermedades de las vías respiratorias.

Es por ello que nos abocaremos a su estudio en uno de los órganos de más variada patología y que tan frecuentemente está afectado.

FUNDAMENTOS DEL TRATAMIENTO LOCAL

Al permitir la llegada de los medicamentos al sitio enfermo hace que la causa patógena sea combatida eficazmente; se une a ello la dosificación exacta, la perfecta localización de sus efectos terapéuticos, el poder usar sustancias que por otras vías sólo podrían introducirse a pequeñas dosis dada su acción local o general. Usando cualquiera de las otras vías los medicamentos son absorbidos por vía linfática o sanguínea, que distribuyéndolos por todo el organismo los lleva a tejidos que modifican su composición, a los emuntorios, que eliminan una parte antes que obren; algunos, por sus efectos, actúan sobre órganos, a los que atacan y lesionan, efecto que no buscamos y que restringe nuestra acción terapéutica; como vemos, una serie de inconvenientes, aparte del importantísimo de que al repartirse por el cuerpo sólo una ínfima parte llega al sitio deseado, de donde nulidad o escasa acción medicamentosa.

Al compararla con otras vías de introducción, sabremos los cuidados a que nos obliga la gástrica para evitar las intolerancias, enmascarar gusto, etc.; las vías subcutáneas e intramuscular nos obligan a pensar en la acción *in situ*: a veces se depositan y no actúan. La endovenosa, de técnica difícil y que exige gran vigilancia para evitar las acciones generales y sobre los emuntorios, lo que nos obliga a usar pequeñas cantidades de medicamento, las que al diluirse en la masa sanguínea llegan en cantidades ínfimas al sitio deseado, exponiéndonos, en cambio, a complicaciones serias.

Vemos, pues, el balance favorable a la medicación local. Ahora bien; ¿cómo adaptamos esta idea al tratamiento directo de las enfermedades pulmonares; por qué técnica lo realizaremos, logrando al propio tiempo que ésta sea la más sencilla e inócua para ponerla al alcance de los médicos generales que serán los encargados de usarla?

Ante todo, recordaremos las bases experimentales sobre las que descansa la medicación directa pulmonar. La tiranía del espacio nos obliga en ésta como

en el resto del trabajo a escribir sintéticamente. Descartaremos la explicación sobre la acción tópica francamente aceptable sobre los bronquios; veremos la absorción por los alvéolos, el parénquima y luego por el organismo todo.

Dor, por un lado, y Guisez y Stodel por otro, hicieron experimentos sobre la absorción pulmonar inyectando medicamentos en la tráquea: el primero, con aceite creosotado, y los segundos, con soluciones colorantes; ambos notan la llegada a alvéolos, y el empapamiento podríamos decir que se realiza en el parénquima, los ganglios traqueobronquiales, y sólo al cabo de quince días el pulmón recupera su coloración normal, lo que nos certifica la absorción y permanencia de los medicamentos en los sitios que deseamos más larga que por otros procedimientos. Actualmente, mediante el procedimiento de visualización bronquial por sustancias opacas, se ve la llegada a los alvéolos: es el fenómeno de «follaje».

Respecto a la absorción pulmonar como vía de entrada de medicamentos, nos referiremos a Collin D'Alfort, quien nota la gran capacidad respecto a los gases y líquidos, que casi instantáneamente son encontrados en la circulación general: rapidísima si se trata de cristaloides, lenta si son aceites, sustancias espesas o de cierto tamaño como los polvos inhalados. H. J. Corper dice que la rapidez de absorción pulmonar supera a la pleural y ésta a la peritoneal y subcutánea. Finalmente, Rosenthal realiza el «gota a gota» y la alimentación pulmonar por la traqueofistulización.

BREVE HISTORIA Y CRÍTICA DE LOS PROCEDIMIENTOS DE MEDICACIÓN DIRECTA PULMONAR

Ya de antiguo han sido empleadas las vaporizaciones, inhalaciones, pulverizaciones; si bien son útiles, no nos dan la seguridad del arribo al parénquima pulmonar de las sustancias a las dosis deseadas; puesto que se depositan en las primeras vías, no podemos emplear sustancias de acción sobre éstas, lo que obliga a emplearlas en dosis pequeñas y a abandonar el empleo de otras.

La orientación es la de vencer la *glotis*, principal barrera defensiva del pulmón, gracias a sus reflejos vivísimos y a su función oclusora; en segundo término, a la *tos*, reflejo que sirve para barrer los bronquios de las sustancias que contengan. Siendo el principal el primero, es por lo que unos han tratado de salvarlo yendo por debajo, por punción traqueal, mientras que otros por diversos artificios han tratado de evitarlos.

En 1855, Horace Green introdujo por primera vez una sonda en pulmón, previa cauterización laringotraqueal, para quitar los reflejos; este solo enunciado nos explica por qué fué combatido y lo abandonó después.

Enumerando sólo los principios, diremos que Dor, por medio del procedimiento laringoscópico, inyecta aceite creosotado en tuberculosos; De la Jarrigue y, sobre todo, su discípulo Rosenthal difunden dicho pro-

cedimiento para la inyección transglótica, «intratraqueal verdadera», sobre todo el último, que la emplea hasta la fecha, e idea para complementarla la «traqueofistulación permanente», colocando un pequeño trocar por el que realiza el tratamiento de los enfermos deprimidos, el «gota a gota» y la alimentación pulmonar. Junto con Weill preconiza la técnica digital de Byrom Bramwell, pero aun reconociéndola segura la abandona luego por motivos fútiles, de desagrado, ya que lo hace sin anestesia; por lo tanto, siguen empleando el procedimiento laringológico, sin anestesia, con el espejo en la mano izquierda, localizan la glotis e introducen en ella durante la inspiración la jeringa sostenida con la mano derecha. Guisez la realiza con espejo y cánula larga que llega a los bronquios, sobre todo en casos de gangrena pulmonar.

La técnica laringológica es de *seguridad*, pero necesita un gran entrenamiento el usar el espejo con la mano izquierda, lo que es muy difícil de conseguir, y el combinar los movimientos de la jeringa con la imagen especular, la rapidez, ya que el espejo se empaña rápidamente por el vapor de la respiración; estos factores nos obligan a rechazarla como *procedimiento de rutina* por el médico práctico, quien en un futuro cercano será el que la realice.

En vista de estas dificultades, otros se dedican a simplificarla. Mendel observa que, al tirar de la lengua, en el fondo de la boca sólo queda abierto el orificio laríngeo, siendo el faríngeo sólo una hendidura; inyecta líquidos, los que entran al pulmón durante la inspiración atravesando la glotis; sin embargo, el hecho que existan los reflejos traqueales nos explica por qué no se pueden llevar a cabo, ya que la tos los arroja al exterior inmediatamente, necesita un paciente muy tranquilo, e introduce en pulmón el contenido séptico bucal. Cantonnet y Balvay le hacen modificaciones de poco valor. Nather y Sgalitzer idean el procedimiento de la deglución, previa anestesia de la laringe; observan que si se hace un movimiento de deglución entra en pulmón el contenido bucal, pero normalmente en ella la glotis se cierra prácticamente, y si algo entra cae con poca fuerza y es expulsado por tos.

Respecto al cateterismo de pulmón, citaremos a Killian; a Ephraim, con su pulverizador flexible; al gran Chevalier Jackson, quien ha hecho práctica y de gran valor la traqueobroncoscopia, la que será utilizada como diagnóstico y tratamiento en algunos casos dentro de poco, pero cuya principal contra es la de ser una maniobra muy especializada, para ser hecha por pocos; a Haslinger y Lenk, que por medio de un catéter con mandrín y anestesia local llegan a los bronquios; a Beck, que lo hace con un catéter semiblando.

Respecto a las técnicas por punción traqueal, citamos a Robert Rendu, quien practica la punción cricoatiroidea, la que se difunde gracias a Sicard y Forestier para su método del lipiodol, ya que si ellos prefieren la técnica laringológica, los radiólogos se

han inclinado para hacerla a la punción dada la mayor facilidad. Hecha de esta manera va lo inyectado a los lóbulos inferiores, moviéndose sólo a los superiores si se emplea poca impulsión, quedando en la tráquea y bronquios principales la zona expulsadora; pasada la anestesia trae pequeñas complicaciones locales, y no se puede emplear para hacer un tratamiento largo. Recordaremos la traqueofistulización.

En la Argentina, donde se ha trabajado tanto sobre broncografía por Lanari Gastex, etc., Basabilvaso introduce sondas con mandril a tacto, previa anestesia a ciegas con portaalgodones; usa también la vía transnasal para hacerla descender, lo que es un procedimiento séptico. Han escrito sobre el procedimiento E. Vicente, en la Argentina; R. A. Vaccarezza, Muiet, Alsina e Imar.

Leunda, en el Uruguay, idea un juego de cánulas para inyectar transglóticamente a los niños lipiodol con fines diagnósticos; coloca la cánula previa anestesia por procedimiento digital, sola; si hay ruido canular nos indica que está en pulmón y entonces aboca la jeringa cargada.

Llegamos a García Vicente. Aquí permítasenos un pequeño aparte. Durante un viaje que realizamos, y durante el cual, por indicación de nuestro maestro el Dr. J. Badía, le visitamos el año pasado, tuvimos el honor de estar a su lado, siendo su primer discípulo argentino, quedando no sólo convencidos, sino que nos hicimos ardientes defensores y propagandistas de sus métodos de medicación pulmonar por vía directa; trabajos a los que han tendido nuestros esfuerzos al regreso, habiéndonos dedicado a ellos con entusiasmo. Aprovecho este momento de mi primer trabajo para rendirle homenaje como maestro y amigo.

García Vicente, distinguido laringólogo, especializado en intubación, nota que la laringe, que reacciona violentamente a cualquier pequeño estímulo, cede en sus protestas en cierto límite cuando lo que penetra en ella tiene forma de cono o cuña, y es impulsado con energía entre las cuerdas vocales, de lo que infiere su ley de la «paradoja laríngea»; claro es, sin anestesia previa, lo que, combinado con el hecho de la accesibilidad táctil glótica y la facilidad de aprendizaje y ejecución, le lleva a realizar por este medio la medicación pulmonar. Para ello hace su jeringa de cono (capacidad, 10 c. c.; cánula de 140 milímetros, incurvada en ángulo recto a los 100 milímetros, y terminada por un cono de punta y base romos, éste de 28 milímetros de altura por 10 de diámetro en su base), su pinza introductora de sondas (pinza de articulación de 245 milímetros de larga, doblada en ángulo recto a los 200 milímetros, y terminada por dos valvas en forma de medios conos, dentro de las cuales se puede aprisionar la sonda, empleando éstas Porges núm. 14 para mujeres y niños y 15 para hombres); su caja lleva, además, un racord y cánula para adaptar la jeringa a la sonda.

Con estos instrumentos logra tres técnicas: inyec-

ción intratraqueal, introducción medicamentosa, a través de sonda, y el lavado pulmonar.

Su técnica es la de intubación: El dedo índice izquierdo, avanzando por la lengua, encuentra «algo que no es la lengua»; un opérculo cartilaginoso suave, a veces rígido, y otras basculante, pasa a su cara posterior; sigue introduciéndose y toca dos tuberculitos de tamaño de dos guisantes en línea media, que son los aritenoides; entre ellos y la epiglotis, colocando el dedo, se dificulta la respiración del sujeto: es el vestíbulo glótico. Una vez logrados estos datos, que son de una seguridad absoluta y que nos permiten el control de la inyección, se introduce la jeringa, tomada con la mano derecha, que la aboca al vestíbulo laríngeo; entonces, guiándose por la frase «tiene situación de ventana y no de pozo», se realiza un movimiento de atrás adelante y de arriba abajo; una vez que está en dicho vestíbulo, el índice se apoya en su base y lo introduce entre las cuerdas vocales, las que franqueadas y libre en tráquea, por lo tanto, se vacía rápidamente.

Con la pinza la técnica es la misma: Se sujeta entre las valvas, dejando de medio a dos centímetros libres, y siguiendo las mismas normas; una vez franqueada la glotis, se abren los bocados de la pinza y se hace penetrar la sonda por un ayudante, o retirando el índice, y con esa mano lográndolo uno. Así la lleva hasta la bifurcación bronquial, lo que consigue marcando previa por fuera, desde el ángulo de Louis, su proyección a la boca, lo que nos da su distancia a los dientes. Luego la adapta a la jeringa por un racord y una cánula. Estas técnicas son sin anestesia previa, aunque algunas veces realiza la faringolaríngea y más a menudo la intratraqueal.

Con la jeringa logra la inyección transglótica en uno u otro pulmón, inclinando para ello el cuerpo en 45° del lado deseado; con la sonda los medicamentos llegan a un solo pulmón, y dentro de él a la zona que interese por gravedad; sentado e inclinado de ese costado para la base, en decúbito para la zona media y en Trendelenburg para las superiores. También la sonda les sirve para realizar el lavado pulmonar.

Respecto a éste se trata de una técnica inventada por él, ya que los lavados anteriores lo eran, a través del broncoscopio, con cánulas de doble corriente, como la de Lukens, en la que el líquido es aspirado inmediatamente por el otro tubo y que los americanos emplean para la limpieza de los abscesos. En cambio, aquí se logra colocando una sonda en tráquea hasta la bifurcación, y una vez colocado el enfermo en decúbito, con escasa o nula anestesia local, se inyecta de medio a un litro de solución fisiológica a 37°, con lo que se lava el pulmón del lado del decúbito. Se basa en el fenómeno que descubre de «evacuación traqueal»: «la tráquea de todo individuo colocado en decúbito lateral es capaz de soportar indefinidamente el paso de una cantidad considerable de líquido en dirección de dentro afuera sin impedir la respiración, la cual en todo momento se verifica li-

brememente», siendo expulsado al exterior por oleadas que coinciden con golpes de tos. Salen mezcladas con el líquido las secreciones broncopulmonares, realizando así la limpieza pulmonar. El lavado lo hace utilizando jeringas de 200 c. c. y ligera anestesia traqueal, ya que la tos es el principal agente de penetración y limpieza de los bronquios finos. Después del lavado, unas horas después aparece una fiebre moderada que dura poco; su significación es la misma que la del sondaje vesical.

Con estas técnicas realiza la medicación directa del pulmón en bronquitis crónica, asma, bronquiectasias, supuraciones pulmonares, procesos crónicos no bacilares, y empezaba a tratar tuberculosos con sales de oro; practica radiografías previa introducción de sustancias opacas, consiguiendo resultados sorprendentes de los que la falta de espacio hace que no podamos referir.

Practicando sus técnicas hemos visto que la accesibilidad táctil glótica en los adultos no es tan fácil, ya que requiere dedo bastante largo, siendo, en cambio, constantemente accesible la epiglotis. Si nuestro dedo no llega a aritenoides, aun sacando la lengua del paciente, al no tener, pues, el control absoluto del orificio laríngeo nuestras inyecciones estarán a punto de ser supraglóticas, de las que una gran parte pasarán al esófago luego, mientras que otras veces erraremos el camino e iremos al esófago.

Si observamos la laringe por medio del laringoscopio en diversas posiciones, veremos que en estado de reposo está abierta medianamente, mientras que el orificio faríngeo está cerrado tónicamente, abriéndose sólo durante la deglución, náuseas y vómito, en cuyos casos se cierra el laríngeo, es decir, que *evitando esas condiciones el único orificio ampliamente abierto en el fondo de la boca es el laríngeo; luego si suprimimos por medio de anestesia los reflejos defensivos de la laringe y tráquea, que son los que defienden el pulmón, la vía de acceso a éste quedará ampliamente abierta.* De manera que en vez de introducir con energía el cono para separar las cuerdas vocales logramos igual resultado por la relajación del orificio por la anestesia, lo que es mejor, ya que evita molestias al paciente y el traumatismo local. Sacamos, pues, la conclusión de que *la anestesia local es muy conveniente para eliminar molestias al enfermo y para dejarnos fácilmente penetrable la glotis, la entrada del pulmón.*

El orificio laríngeo varía de tamaño por dos factores: la epiglotis—la tapa—y por los movimientos de sus músculos. Examinémoslos separadamente. La posición de la epiglotis varía desde la verticalidad, cuando traccionando la lengua fuera de la boca queda así la laringe ampliamente descubierta, hasta la horizontalidad, en que la cubre y cierra, caso de la deglución; la situación que se halla en la posición normal es intermedia, inclinada en 45° cuando se respira normalmente con la boca moderadamente abierta. Por ello es que el acceso a la laringe en la posición normal se haga por un movimiento de arri-

ba abajo y de atrás adelante, «entrar en la ventana», mientras que al estar la lengua afuera sea vertical, «de pozo». *Al sacar la lengua, la laringe se eleva; la epiglotis, traccionada por la lengua, queda en la verticalidad; la laringe queda ampliamente expuesta.* En estado de mediana distensión (Testut. Anat.) mide de 30 a 35 milímetros de longitud por 15 a 18 de an-



Posición normal epiglotis en 45°; entrada oblicua a laringe.

chura en el adulto. Conseguimos de esta manera el máximo de facilidades para nuestro fin: es por ello que es la usada por los especialistas.

Respecto al segundo factor, la laringe se agranda durante la inspiración honda y se estrecha durante la espiración y la fonación. Luego nos conviene la respiración tranquila y honda.

Como conclusión de estas investigaciones, sacamos: *la laringe se eleva, se descubre, alcanza sus mayores diámetros, queda su entrada vertical cuando se tracciona hacia afuera de la lengua; la respiración es honda, y gracias a la anestesia local queda sin defensa, inerte.* Por lo tanto, *esas serán las directrices para todo procedimiento de penetración intratraqueal seguro y fácil.* Lo que es confirmado por el hecho de ser el usado por los especialistas.

Descartado el procedimiento laringológico por difícil y necesitando una gran práctica, como demostramos antes, para llegar a ser el de elección para el práctico, aunque es de seguridad, analizaremos el de

Para

TODOS

niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA

„CIBA“

Tónico cardíaco y respiratorio

En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO

EFICAZ

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS
Aragón, 285 - Barcelona - Apartado 744





MORRHUËTINE JUNGKEN

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

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

García Vicente, que, en cambio, lo es por su facilidad de ejecución, pero que tiene como condición imprescindible la de necesitar que el dedo índice izquier-



Deglución. Epiglotis tapando la laringe. Esófago amplio.

do sea lo suficientemente largo para llegar a los aritenoides, para tener el control absoluto del orificio laríngeo, lo que da la certidumbre de realizar inyec-



Lengua fuera. Epiglotis vertical; laringe amplia; hendidura faríngea.

ciones intratraqueales siempre; el acceso a la laringe es de dimensiones medianas, ya que la laringe está en la posición normal, la introducción en «ventana» es una cierta dificultad; el hecho de no utilizar anes-

tesia hace que el enfermo sienta sensaciones desagradables y reflejamente cierre su laringe y la estreche al contacto del dedo y de los instrumentos. Estos inconvenientes han hecho que hayamos creído conveniente añadir datos de control de penetración transglótica que, aunque fáciles, no han sido descritos todavía.

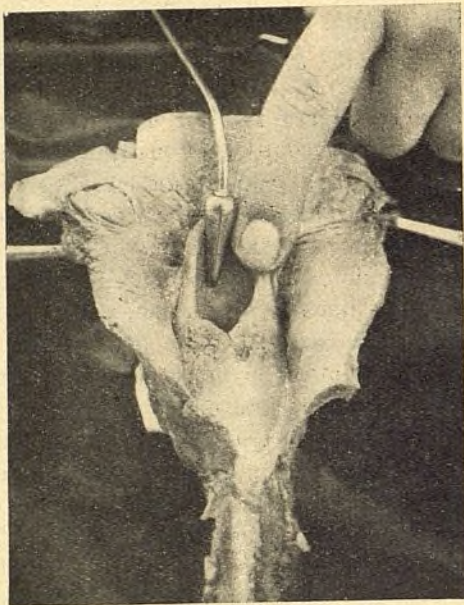
La manera de realizar por nosotros el procedimiento de García Vicente es: Conseguidas mediante tracción de la lengua y anestesia local las ventajas anunciadas anteriormente, de laringe amplia e inerte, realizamos la introducción de los instrumentos vertical, haciéndolos progresar de modo que paulatinamente vayan hacia atrás y abajo, ya que recordamos que el orificio laríngeo tiene en su parte posterior su mayor anchura, en la respiración normal de 7 milímetros, aumentando en la inspiración honda a 10 y 12 milímetros; todo gracias al control que ejerce el dedo índice de la mano izquierda que toma la epiglotis y verifica las distintas posiciones de los instrumentos, actuando similarmente al espejo. Respecto al peligro de entrar en la faringe es casi nulo, dado que sabemos que en esta posición y con anestesia local el orificio laríngeo es amplio, mientras que el faríngeo es una hendidura tónicamente cerrada y nosotros seguimos la cara posterior de la epiglotis añadiendo las sensaciones de control del pasaje glótico: la de estrechez vencida, es decir, se siente que se ha vencido una estrechez, quedando la extremidad libre; sensación que percibida es característica y nos da la absoluta seguridad de la penetración transglótica.

El instrumental que usamos es el de García Vicente, modificado en su curvatura: la parte vertical es de 6 centímetros, de los que 3 corresponden a la distancia que separa el borde superior de la epiglotis de los aritenoides; 2 a la que hay entre éstos y las cuerdas vocales, y uno para la parte libre; la curvatura es de 130° para poder realizar la introducción vertical cómoda. Además, para realizar la anestesia le agregaremos un cono que tiene la forma y características del de García Vicente, pero termina en seis agujeritos en corona en la punta y uno central; gracias a él conseguimos con toda comodidad bañar de anestésico la faringe, laringe, tráquea y realizar la aplicación medicamentosa en las paredes traqueales y gruesos bronquios, lo que requiere una anestesia local perfecta, habiendo entonces el fenómeno de «goteo» que hace que los líquidos caigan poco a poco y se vayan introduciendo en los finos bronquios, mientras que el de García Vicente inyecta los bronquios del lóbulo inferior, no precisando anestesia alguna. Respecto a anestesia utilizamos estovaina al 1 por 100.

TÉCNICA

A. Anestesia. — 1.º Faringoepiglótica: Haciendo abrir la boca con la lengua dentro, se inyectan en el fondo con el cono anestésico traqueal 6 c. c. Decid que cierre la boca, no trague y al cabo de unos minutos arroje el líquido.

2.º Laríngea: El enfermo tomará la lengua entre un pañuelo con su mano derecha; el índice izquierdo irá en busca de la epiglotis, a la que toma adosán-



El cono se adosa al índice que ha tomado la epiglotis; igual en anestesia laríngea.

dose a su cara posterior; el cono traqueal toca el índice; pedimos que pronuncie «e» para que así se cierren las cuerdas vocales y el líquido quede reteni-

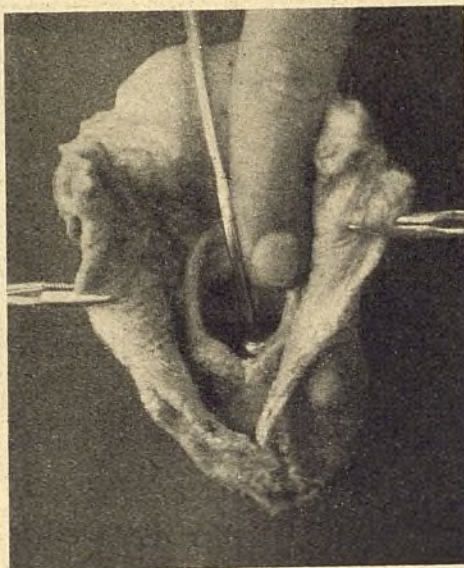


La base del cono toca el extremo del dedo; no hemos franqueado todavía la glotis.

do; se inyecta 1 c. c., su capacidad; luego que cierre la boca.

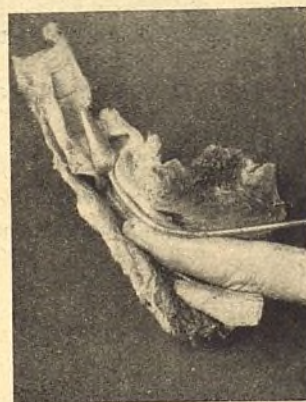
3.º Traqueal: Igual que el anterior: el cono, una vez que toca el índice izquierdo adosado a la epiglotis, baja rozando su cara posterior; cuando su base llega a la extremidad digital, el extremo no pasó

todavía las cuerdas y se mueve con libertad; se sigue en la línea media hundiéndose de arriba abajo y de delante atrás para que penetre por la parte posterior ancha, mientras se ordena «respire bien hondo», lo



El cono se ha introducido de arriba abajo y de delante atrás; está en la parte posterior ancha; sensación de estrechez vencida. Pasó la glotis.

que hace abrir la glotis hasta sentir la sensación de *estrechez vencida*; entonces la base del cono no se siente y el tallo de la jeringa toca la lengua. Inyec-



Vista lateral. Entra el cono por la parte posterior de la glotis; la dirección es vertical.

tad 6 c. c., si se cree necesario repetir, ya que parte es expulsado por la tos secundaria.

Cada tiempo será realizado cuando la anestesia anterior sea perfecta.

UNA VEZ ABOLIDO TODO REFLEJO Y TOS

B. *Inyección transglótica* «intratraqueal verdadera».—Igual técnica que para la anestesia traqueal, usando el cono de García Vicente con o sin agujeros laterales, según los casos. Una vez atravesada la glotis hay *sensación de estrechez vencida*, *extremidad libre*; moviendo sólo se logra de atrás adelante—di-

rección de la hendidura—; si respira hondo queda más libre lateralmente—separación cuerdas—; al espirar o pronunciar queda sujeto—adducción cuerdas—; al aspirar con la jeringa entra aire fácilmente, hay cierto ahogo por ser menor el orificio respiratorio. La voz se hace áfona. Todos estos signos pertenecen a la hendidura glótica vencida; por lo tanto, son de seguridad absoluta, ya que no los da la faringe. Una vez seguros por ellos de la corrección de la maniobra, se inyecta y se pide al enfermo respirar hondo.

Con la pinza introductora de sondas realizamos iguales maniobras, y una vez pasada la glotis abrimos sus ramas e introducimos la sonda. Aquí tenemos como signos de seguridad: si cierra la boca y se tapa la nariz, sólo podrá respirar por la sonda, produciendo un ruido canular; si se tapa el orificio de la sonda, ese ruido desaparecerá; como hace García Capurro: cerrando la boca y la nariz hace una espiración fuerte, se escapa un chorro de aire por la sonda; estos signos no los da el esófago; o como García Vicente: si tose en un vaso con agua se producen burbujas.

Usamos sondas Nélaton núm. 15, que por ser blandas se adaptan a las paredes no traumatizando. Realizamos el sondaje de los bronquios rotando la cabeza hacia el lado opuesto al bronquio que deseamos, gracias a lo cual queda bronquio y tráquea en línea recta (maniobra de Ephraim).

Los resultados terapéuticos serán motivo de posteriores publicaciones.

RESUMEN

Se refieren las ventajas del tratamiento local en las enfermedades pulmonares al igual que en otros órganos asociado al general, y se investiga la manera de hacerlo factible. Tras breve historia se habla del procedimiento García Vicente y de algunos detalles de técnica que añadidos a éste nos han facilitado la maniobra.

FISIOLOGIA DEL SENOS MAXILAR

POR

JUAN JIMÉNEZ CERVANTES

Del Instituto Hispano-Americano de L. O. R. y asistente al Servicio de O. R. L. del Hospital del Niño Jesús.

Se ha preguntado desde antiguo: ¿Para qué sirven los senos de la cara? Y a propósito de ello se ha hablado de fisiología sinusal, achacándole cada vez más funciones y encontrándonos en la actualidad en la incertidumbre de poderles atribuir algún papel. Esto ya casi se puede deducir *a priori*, observando la gran variabilidad en tamaño y disposición de los senos, pues ello nos hace comprender claramente que si tienen alguna función que desempeñar ésta ha de ser de no mucha importancia.

Prescindiendo de las antiguas y evidentemente erróneas suposiciones de Galeno sobre el moco cerebral, la medula blanda de Salomon, la membrana viridis de Bartholin y otras muchas igualmente inciertas, se encuentran varias teorías

ya anticuadas y desechadas, y algunas más recientes y bien fundamentadas, pero que no por eso llegan a convencer y satisfacer en absoluto. Por ello, el investigador sigue buscando incansable el papel justo, preciso y fácilmente demostrable de los senos maxilares, y en general de los senos de la cara, en la fisiología humana.

La primera teoría, la arquitectónica, quiere ver en los senos cavidades que solamente desempeñan papeles de factores estáticos y estéticos, siendo la razón de ello el que con un peso mínimo tengan un desarrollo suficiente para la armonía facial. El iniciador de esta teoría fué Juan Laurence, médico de Enrique IV, que decía de los senos que «son semejantes sus cavidades y sinuosidades a imágenes hechas con cera que servirían para hacerlo más ligero».

Más tarde, en 1863, Tillaux volvió a emitir esta misma hipótesis, opinando que la razón de la existencia de los senos es la conservación del equilibrio existente, desde el momento del nacimiento, entre el cráneo y la cara, pues creía que dicho equilibrio se perdía al llegar a la pubertad, por el excesivo desarrollo facial.

Continuador de la misma teoría fué Moure, el cual en 1893 decía: «La naturaleza ha formado los huesos de la cara para aumentar la superficie, de manera que suministren a los músculos amplias inserciones sin tener demasiado peso.» Pero Braune y Clasen demostraron lo incierto de tal suposición, substituyendo las cavidades sinusales por hueso compacto y haciendo ver que el aumento de peso no llega sino al 0,76, a 1,5 por 100 del peso total de la cabeza. Además, si nos fijamos más detenidamente, veremos que al formarse las cavidades no se restablece ningún equilibrio, sino que todo lo contrario, si existe, lo rompe, pues nunca los dos senos son iguales entre sí. Y como dice Terracol, hay casos en que por seguir el seno en su crecimiento al del hueso, se hacen desmesuradamente grandes, cual ocurre en algunas enfermedades endocrinas, sin que por ello sobrevenga ningún trastorno del equilibrio cefálico.

Por ello y otras muchas razones, tal teoría debe ser desechada. Sin embargo, modernamente el profesor ruso Halperine y otros la vuelven a poner sobre el tapete, si bien que bastante modificada, diciendo que: las cavidades accesorias se forman por la separación de hojas óseas, como resultado de la acción de los músculos de la cara; por eso los senos, que no existen en el nacimiento, aparecen en el momento de la dentición.

Otra teoría supuesta ha sido la que asimila los senos a cajas de resonancia (Mancioni, Spiegel, Bartholin, Verheyne, Voltolini), que coadyuvaría a la faringe para hacer adquirir amplitud y modulación al sonido glótico, que de por sí sería deficiente y monótono; pero habla en contra de ello el que los orificios que les sirven de comunicación con la fosa nasal son excesivamente pequeños, y el que en casos de enfermedades de los senos la voz no experimente modificación alguna.

También ha habido algunos (Meyer, Haller, Blumenthal, Bidder) que supusieron al seno eliminando moco en gran cantidad para contribuir al mantenimiento de la humedad y calentamiento del aire que entra en su cavidad y, por ende, del aire inspirado; llegando algún autor a aseverar y compararlo a un alvéolo pulmonar, sin recordar que, como hemos visto al estudiar la Anatomía, su mucosa no tiene las cualidades de la mucosa respiratoria (gran pobreza vascular y ausencia del tejido eréctil) y menos de la del alvéolo.

No hace mucho tiempo, modificando la teoría del calentamiento del aire que ha de ir a los pulmones, ha aparecido otra en que se supone que después que calienta el aire que va a ser inspirado, por incorporarse así algo de la temperatura de la mucosa que los recubre, se deja a su vez recalentar por el aire que en la espiración viene de las vías respiratorias bajas a mayor temperatura (Campos), y como el aire que ocupa aquéllos ha sido a su vez purificado en la inspiración que precedió a su entrada, el seno se conserva en un medio aséptico y a una temperatura alta, con lo que a la vez proporciona a los órganos dentarios, que por estar en contacto con el medio exterior habrían de participar de sus variaciones, una temperatura constante.

Sin embargo, hemos de tener en cuenta que, según investigaciones recientes (Gavello, 1920), la salida y entrada del aire en el seno sólo se verifica al principio de la inspiración y de la espiración, y dada la pequeñez de los orificios de comunicación, los volúmenes que se pongan en movimiento han de ser pequeñísimos y no bastarían, quizás, para sostener del todo esa teoría.

* *

Por último, diremos que algunos autores han creído que contribuían a la percepción de los olores, análogamente a lo que sucede en los cuadrúpedos, cuyos senos presentan muchos rodetes olfativos; pero existe la diferencia de que en el hombre no existen dichos rodetes, y múltiples experiencias hechas por Dechamps, Richerand, Hyrtl y otros, demuestran que la mucosa de los senos maxilares (igualmente que la de los otros senos) no son aptas para recibir sensaciones olfativas.

* *

Esta teoría fué iniciada por Ambrosio Paré, que admitía que en el interior del seno había substancia mucosa y aire; la primera serviría para la nutrición y el segundo para el olfato. Más tarde se modificó en el sentido ya apuntado: de que la membrana olfatoria nasal se extendía algo en la superficie interna de los maxilares, y éstos serían, por tanto, como recordatorios y perfeccionadores de la sensación odorosa al almacenar en su interior aire cargado de partículas odoríferas, las cuales saldrían poco a poco para pasar por el vértice de la región olfatoria; es decir, después de impresionar la mucosa que suponían que existía en las proximidades del ostium maxilar y en el conducto, obrarían sobre la mucosa de la hendidura olfativa.

* *

Cuando por investigaciones posteriores se ha visto que los antros carecen en absoluto de mucosa apta para recibir sensaciones de olor, los continuadores de esta teoría la han modificado otra vez más, afirmando que su función sobre la olfacción es cierta, aunque indirecta. La presión del aire en el seno sufre variaciones constantes en relación con los movimientos respiratorios, tanto en la inspiración como en la espiración, sobre todo si se hacen con la boca cerrada, y más todavía si las respiraciones son forzadas; según Braune y Clasen, durante la inspiración se forma un vacío en la fosa nasal, por lo que el aire del seno se precipita en ella hasta que se restablece el equilibrio, aumentando de este modo la corriente del aire producida a nivel de la región olfativa en el momento inspiratorio.

Esta última teoría tiene en contra el que solamente las células etmoidales posteriores y el seno esfenoidal, es decir, los menores, son los únicos que tienen su abertura a nivel de la hendidura olfatoria, pues, como ya hizo notar Zucker-

kandl, los senos maxilares y frontales, que son precisamente los más amplios, desembocan por debajo del cornete medio. Sin embargo, el Dr. Atkarskaya sigue creyendo (por sus estudios en el cadáver) que los senos sirven para la aspiración del aire y su encauzamiento hacia la región olfatoria, pues en caso de exclusión de los senos el aire se dirige por la vía media y no pasa por aquella región.

En resumen: lo más probable es, como creen Sandmann y Lidtitz, que los senos no sean sino reliquias filogenéticas, órganos rudimentarios que anteriormente contuvieron rodetes olfatorios, y que es posible, pero no muy probable, que por su desembocadura en las fosas nasales ayuden a éstas en alguna pequeña proporción, si es que lo hacen, en los papeles que a ellas les están encomendados.

Sociedad Oftalmológica de Madrid. (1)

SESIÓN DEL 9 DE ABRIL DE 1931

V. Morax (de París): *Sobre la frecuencia relativa de las diferentes infecciones oculares de origen exógeno por traumatismos accidentales u operatorios.*

Deseo exponer aquí algunas consideraciones sobre las diferentes causas de infecciones que pueden atacar a los tejidos intraoculares cuando se produce una solución de continuidad por un traumatismo accidental u operatorio o cuando una procidencia del iris pone el saco conjuntival en comunicación con el tejido uveal. Dejaré por completo a un lado las infecciones de superficie, infecciones conjuntivales o corneales que en ciertas condiciones pueden propagarse al contenido intraocular.

Tenemos todavía muy pocos datos precisos acerca de las causas microbianas de las complicaciones que sobrevienen después de una operación sobre el globo ocular. Gracias a la asepsia operatoria nuestros resultados han mejorado considerablemente, pero aún subsiste un cierto número de casos en los que a pesar de la técnica más rigurosa sobrevienen complicaciones infecciosas.

No tengo la pretensión de dilucidar de una manera completa la etiología de estas complicaciones; pero las deducciones que se pueden sacar de las investigaciones bacteriológicas sobre ojos gravemente infectados no dejan de tener interés para la solución de estos problemas.

Durante los veinticinco años en que yo he dirigido el servicio oftalmológico de Lariboisière he recogido todos los globos oculares enucleados por accidentes infecciosos consecutivos a heridas accidentales u operatorias. Todos estos globos han sido objeto de un examen anatómico: un gran número, entre ellos, han dado lugar a investigaciones bacteriológicas cuando la infección ocular que necesitaba la supresión del órgano no estaba muy lejana de su comienzo. Me ha parecido interesante estudiar sobre estos documentos la frecuencia relativa de las diferentes infecciones de origen exógeno, de las cuales unas han sido introducidas en el globo ocular por un instrumento punzante o contundente o por un trozo de vidrio o de metal y otras se han propagado desde la herida a las membranas profundas por el tejido uveal o por los líquidos intraoculares. Consideraré las infecciones debidas a microorganismos aerobios y después las que resulten de la acción de un microorganismo anaerobio. Indicaré en seguida las que no pueden ser determinadas más que por el análisis anatomoclínico y para las cuales nuestros proce-

(1) Véase el número anterior.

dimientos de análisis bacteriológico son todavía insuficientes.

De 410 globos oculares enucleados—no queremos ocuparnos más que de aquéllos—129 nos han permitido hacer investigaciones sobre la naturaleza de la infección de que se trate.

INFECCIONES AEROBIAS

Infección pneumocócica.—Está bien establecido que el pneumococo es la causa frecuente de infecciones oculares que afectan la conjuntiva o la córnea. Es también este microorganismo el que encontramos frecuentemente en las iridociclitis supuradas, las iridocoroiditis o las panofthalmias que suceden a un traumatismo y que hacen necesaria la supresión del globo.

Las infecciones pneumocócicas ocupan el primer lugar en nuestra estadística con la cifra de 25. Cinco veces en las que se trataba de infecciones oculares graves consecutivas a herida operatoria. En los otros casos se trataba de traumatismos accidentales: heridas penetrantes o cuerpos extraños intraoculares.

La frecuencia del pneumococo en estado saprofítico en el saco conjuntival, establecido por investigaciones de numerosos autores, nos autoriza a pensar que en todos estos casos es la penetración del pneumococo del saco conjuntival en el globo a favor del instrumento traumatizante o del cuerpo extraño lo que produce la aparición de las lesiones supurativas.

En un solo caso el examen bacteriológico ha mostrado al lado del pneumococo un microbio del grupo del bacillus subtilis.

Infección estafilocócica.—El estafilococo es con el pneumococo uno de los huéspedes más frecuentes del saco conjuntival normal. Aquí también el estafilococo ha sido muy a menudo recogido de la superficie de la mucosa, en el globo ocular, por la penetración de un cuerpo extraño: perdigones, partículas metálicas. En uno solo de los 13 casos de infección estafilocócica que hemos observado se trataba de una infección operatoria. Una vez solamente el examen bacteriológico mostró la existencia de un microorganismo anaerobio, el bacillus perfringens al lado del estafilococo.

Infección por los bacilos del grupo subtilis.—Los bacilos del grupo subtilis (comprendiendo el bacilo subtilis, el bacilo megatherium, el bacilo mesentericus, etc.) se encuentran en la tierra y en toda clase de polvo. Puede ocurrir que se encuentre en el saco conjuntival, pero sólo es a título de huésped accidental. Casi siempre las infecciones intraoculares ligadas a la presencia de un bacilo de este grupo—más especialmente el bacilo megatherium—son producidas por la penetración de un instrumento o de una partícula sucia de tierra. Excavando uno, una partícula de la pala penetra en el globo, arrastrando con la tierra los bacilos o sus esporas. Entre los seis casos reunidos por nosotros, la penetración de la partícula o del instrumento cargado de tierra había llegado hasta el cristalino o el cuerpo vítreo. Algunos de los hechos de los que hacemos mención aquí han sido publicados en una Memoria sobre las infecciones cristalínicas que hemos publicado en los *Anales de Oculística* (1927) con el Dr. Chiazzaro.

Hemos señalado a este propósito la frecuencia relativa de las infecciones causadas por bacilos esporulados que, introducidos en la cámara anterior, no provocan ninguna reacción infecciosa, mientras que en el tejido cristalino que las protege, en cierto modo, contra la ac-

ción de los fagocitos, su poder de germinación y de proliferación se manifiesta de una manera activa.

Bacilos esporulados.—Al lado de estos seis casos de infección ocular por los bacilos del grupo subtilis debemos colocar cuatro casos de la misma patogenia (penetración de partícula de piedra o de hierro contaminado de tierra), y donde hemos podido aislar bacilos esporulados que no pertenecen al grupo subtilis, aunque formen parte de los microorganismos que se pueden aislar de la tierra. Estos bacilos forman en los cultivos en medios líquidos largos filamentos.

Infección estreptocócica.—No hemos encontrado más que un solo caso de panofthalmia estreptocócica de origen exógeno consecutivo a una perforación de la córnea.

Infección piocianica.—El bacilo piocianico, el organismo del pus azul, tan frecuente antes de la era antiséptica y aséptica de la cirugía, da alguna vez lugar a infecciones corneales, cuya gravedad se debe a la frecuencia de la perforación con propagación a las membranas profundas. En el único caso de infección piocianica que hemos observado se trataba de una herida penetrante de la córnea infectada por el piocianico, y que, a pesar de los cuidados, se propagó a las membranas profundas del globo y necesitó la enucleación. No contamos aquí multitud de otros hechos en que el proceso infeccioso corneal por el piocianico pudo ser detenido.

Infección del bacterium coli.—A pesar de su presencia constante en el tubo intestinal, el bacterium coli no se encuentra apenas en el saco conjuntival normal. Se le ha observado en algunos raros casos de conjuntivitis del recién nacido. Sólo una vez tuvimos ocasión de observarle en un operado de catarata, en que la operación había sido tan torpemente realizada que el cristalino había quedado dentro del globo, la herida corneal quedó entre abierta y un exudado espeso llenaba la cámara anterior.

Infección por un coccus Gram negativo.—En un herido que presentaba un cuerpo extraño intraocular complicado con iridocoroiditis aislé en estado de pureza un micrococo que formaba colonias blancas espesas, que no tomaban el Gram y no hacían fermentar los azúcares. Se acercaba por estos caracteres al micrococcus catarralis, pero no ha sido posible identificarlo de una manera completa.

Infección micótica.—Los hongos patógenos están relativamente poco extendidos en la naturaleza, y su papel en las infecciones penetrantes del globo es desdeñable.

En cambio, se conoce el papel del aspergillus del verticillium en ciertas lesiones corneales superficiales. Pero estos hechos no entran en el cuadro de nuestro estudio.

En un solo hecho he podido poner en evidencia por el solo examen microscópico—no se habían hecho cultivos—la presencia alrededor de un cuerpo extraño intravitreo de un mycelium indicando un proceso infeccioso micótico, cuyo agente no puede ser determinado.

Infecciones anaerobias.—Las infecciones anaerobias, en comparación con las infecciones aerobias, son relativamente poco frecuentes, y no tenemos más que nueve casos para oponer a los 53 de infecciones aerobias; pero esta gran diferencia de frecuencia se modificará sin duda a medida que el cultivo en los medios anaerobios sea más fácil y de más regular empleo, a medida que conozcamos mejor ciertos organismos que actualmente escapan a nuestros medios de investigación.

En 13 casos, a pesar de la existencia de lesiones exudativas todavía activas, el cultivo de los exudados no nos dió ningún resultado; es muy posible que en algunos

casos por lo menos hubiéramos conseguido obtener colonias utilizando los procedimientos que las investigaciones más recientes nos han hecho conocer.

Infección por el bacillus perfringens.—Fué en los heridos del servicio de Oftalmología de Lariboisière donde puse por primera vez en evidencia la presencia de este bacillus perfringens, del que los trabajos de Veillon y sus discípulos mostraron el papel tan importante en la patología humana. Hemos encontrado seis casos de panoftalmía de perfringens cuya evolución rápida y dolorosa necesitaba una enucleación precoz. Contrariamente a las otras heridas o lesiones del organismo humano infectadas por el bacillus perfringens, y donde se encuentran casi siempre asociaciones microbianas aerobias o anaerobias, la infección ocular con perfringens se ha mostrado pura seis veces de siete. En un solo caso existía una asociación de perfringens y del estafilococo.

Casi siempre se trataba de la penetración de cuerpos extraños ensuciados con tierra o con materias fecales. La presencia del bacillus perfringens es habitual en el contenido del intestino grueso.

Infección por microbacillus vitrei.—Cultivando ciertos exudados sobre gelosa-ascitis en el vacío he conseguido en dos casos de infección intraocular que siguió a una esclerectomía aislar un pequeño bacilo estrictamente anaerobio que no tomaba el Gram y cuya inoculación intraocular en el animal provoca como en el hombre una inflamación supurativa. La exigüidad del bacilo puede disimular su presencia en los frotis de los exudados, y si no se cultiva sobre medios anaerobios adicionales de serosidades no se obtiene ningún desarrollo.

Infección simpática.—Aunque la naturaleza de la oftalmía simpática no haya sido todavía demostrada, y a pesar de las numerosas teorías que han sido publicadas para lograr una interpretación de esta afección temible, no dudo en aproximarlas a las infecciones exógenas, ya que está bien establecido que es siempre a consecuencia de un traumatismo accidental u operatorio por lo que los accidentes simpáticos se desarrollan.

Aquí no son propios los procedimientos bacteriológicos para formular el diagnóstico, aunque la ausencia de organismos aerobios o anaerobios en un exudado de uveítis simpática abogue un poco en favor de esta afección especial.

Por el contrario, el examen histológico de un globo atacado de infección simpática susceptible de propagarse al segundo ojo, nos revela lesiones características que han sido descritas por E. Fuchs. Es la presencia de una infiltración de gruesos linfocitos en las diferentes partes de la úvea, infiltración que según los casos puede ser más o menos considerable, más o menos difusa o repar tirse en islotes por el iris, el cuerpo ciliar o la coroides. Esta uveítis simpática se observa siempre en el ojo herido cuando el segundo ojo presenta los síntomas clínicos de oftalmía simpática; pero si la enucleación ha sido hecha prestamente antes de la propagación de la infección al segundo ojo, se puede observar en un pequeño número de casos la existencia de esta uveítis y se puede concluir que es muy posible que la enucleación precoz ha hecho el papel preventivo por el que se la practicó.

Hemos, por lo tanto, buscado esta uveítis en todos los globos enucleados y que constituyen la base de este trabajo.

Cuarenta y cinco enfermos (entre 410) han presentado oftalmía simpática, pero el globo herido mostraba lesiones de uveítis con gruesos mononucleares.

A pesar de la rareza relativa de la oftalmía simpática que ha conducido a algunos oculistas hasta a negar su peligro, se ve por estas cifras que el riesgo de infección simpática está lejos de ser desdeñable como complicación de las heridas operatorias o accidentales del globo del ojo.

Como conclusiones a las investigaciones de las que acabo de daros cuenta, deduciré los hechos siguientes:

a) La infección ocular puede reconocer por causa un microorganismo huésped de la conjuntiva y llevado a los tejidos intraoculares por el cuerpo extraño, el instrumento que pincha o contunde, el instrumento quirúrgico.

b) La infección ocular puede ser causada por microorganismos que habitan el humus, agua, las materias fecales.

En el primer grupo de infecciones, aquellas que resultan de la penetración de un germen de superficie, es preciso ante todo tener en cuenta al pneumococo, que es sin duda el enemigo de muchos órganos, pero que es ante todo el enemigo del aparato visual. Tal como lo hemos visto, es él el que en nuestra estadística personal ha entrado en juego con más frecuencia.

Hemos dicho al principio que no hemos tenido en cuenta sino casos graves en los que la importancia de las lesiones destructivas causadas por la infección imponía la supresión del órgano. La proporción hubiera sido todavía mucho más fuerte si hubiéramos añadido todos los casos en que la infección pneumocócica reviste una forma más atenuada o se detiene después de evolucionar de algunos días a algunas semanas.

Hemos visto que entre los casos de infección grave con pneumococos había algunos que sucedían a una intervención sobre el globo. Todos los operadores conocen esos casos desgraciados en los que, a pesar de la técnica aséptica más perfecta y de todas las precauciones tomadas para la desinfección conjuntival, el pneumococo penetra en el globo, comprometiendo de una manera definitiva el resultado funcional.

No tengo que recordar que antes de toda intervención es de rigor la exploración de las vías lagrimales, porque sabemos que un disturbio en la excreción lagrimal favorece la presencia y pululación del pneumococo en el saco conjuntival.

Muchos colegas completan esta exploración por un examen bacteriológico de la conjuntiva. Este examen no es, por cierto, jamás inútil, sobre todo cuando existen algunos fenómenos de reacción conjuntival; pero hay sujetos en los cuales, cualquiera que sea la terapéutica seguida para hacer desaparecer el pneumococo del saco conjuntival, este microorganismo persiste indefinidamente. Yo tenía un alumno al que no tenía más que hacer una toma de la conjuntiva para obtener, y en abundancias preparaciones de pneumococo.

Por lo demás, lo que importa es que en el curso de la intervención la conjuntiva sea librada de sus huéspedes de superficie, que la herida sea protegida por el colgajo conjuntival tan rápida y perfectamente como sea posible y evitar toda falsa maniobra que favorezca la penetración de los gérmenes.

¿Se puede por otros medios prevenir la infección pneumocócica? Se han preparado sueros antineumocócicos cuya eficacia terapéutica, desde el punto de vista ocular, no ha sido demostrada, pero podría preguntarse si la inyección profiláctica de un suero tal podría tener alguna utilidad. Durante cerca de dos años hice inyectar a todos los enfermos que habían de sufrir una operación sobre el globo ocular 20 c. c. de suero antineumocócico del Insti-

tuto Pasteur bajo la piel de la pared abdominal. No he observado otros inconvenientes, sino alguna que otra vez una crisis sérica con urticaria, dolores articulares como se observan después de la inyección de todo suero animal. Esta inyección no ha impedido en un caso en que la intervención fué tan irreproachable como posible, la aparición de una panofalmia de pneumococos. Por consiguiente, he renunciado a esta inyección, ya que su valor profiláctico no se había manifestado.

Aparte del pneumococo, referiré a esas infecciones de superficie llevadas a los tejidos oculares, la infección por los estafilococos, por el estreptococo, y, en fin, por el agente todavía desconocido que provoca la oftalmia simpática.

Esto pide algunas explicaciones: cuáles son las razones que permiten pensar que este virus desconocido yace sobre la mucosa ocular y puede ser llevado por el cuchillo de catarata o fijarse sobre el tejido uveal. Estudiemos muy exactamente los casos en que la uveítis simpática se desarrolla; alguna vez en seguida de la penetración de un perdigón, como ocurría en el herido de la Casa de Salud de Valdecillas, de Santander, que yo tuve ocasión de examinar recientemente. El calentamiento del perdigón a la salida del fusil permite suponer que el plomo se encuentra esterilizado y que es arrastrando el virus de superficie como provocó en la coroides, el cuerpo ciliar y el iris esas reacciones inflamatorias tan características. Esta uveítis específica simpática no se propaga siempre al ojo opuesto. Es, por lo demás, un hecho de observación general que las infecciones que se propagan por vía endógena no dan lugar siempre a las mismas localizaciones. En la experiencia de von Szily, que no ha resuelto el problema de la oftalmia simpática, pero que ha realizado fenómenos análogos, la propagación de la uveítis herpética de un ojo al otro no se ha producido más que en el 10 por 100 de los casos.

He dicho a ustedes que al lado de los 45 casos en que la oftalmia simpática existía he podido comprobar en nueve casos lesiones de uveítis análogas en el ojo enucleado, y creo poder admitir que en estos casos la enucleación precoz del globo herido, receptáculo de virus simpático, ha prevenido la aparición de la uveítis del ojo sano.

Son las heridas mal cerradas del globo las que se complican de prolapso del iris, las que dan lugar lo más frecuentemente a esta complicación. La mejor profilaxis consiste en la limpieza atenta del prolapso y, desde luego, en la asepsia operatoria perfecta.

En fin, para terminar, creo que hay que referir a este mismo grupo de infecciones aquellas que son motivadas por el pequeño bacilo anaerobio, el microbaccillus vitrei.

Las otras infecciones de las que he hablado pertenecen al segundo grupo. El cuerpo extraño metálico o el fragmento de piedra llevan el humus, agua, materias fecales, y es a favor de esta penetración y de la acción particularmente favorable del cuerpo extraño por lo que se ve desarrollar tales infecciones aerobias o anaerobias, la infección por el piocianico, por el bacterium coli.

La profilaxis se limita aquí al empleo de gafas protectoras, que desgraciadamente los obreros no quieren aceptar. En cuanto a la terapéutica, no puede ser específica, siendo la enucleación el final más frecuente de las infecciones de esta gravedad.

RECTIFICACIÓN DEL DR. MARIN

Al Dr. Arjona, a quien expreso mi agradecimiento por su intervención, he de manifestar que el caso que ha relatado es muy expresivo y que la sintomatología del cam-

po visual que presentaba era debida a la compresión lateralizada de la hipófisis sobre el quiasma y nervio óptico derecho.

Y en cuanto a la curación de las alteraciones visuales mediante el injerto de hipófisis de mono macaco en la tibia del enfermo, a nuestro juicio se explica por el hecho de que el aumento de volumen de la glándula pituitaria fuese debido, no a neoplasia, sino simplemente a una degeneración quística, como ocurre muchas veces, y que bajo la influencia de la medicación opoterápica viva (en forma de injerto) el volumen de la glándula se fuese reduciendo, reabsorbiéndose los exudados y cesando, por tanto, la compresión sobre las vías ópticas. Tiene el valor de una verdadera prueba experimental.

Al sabio Dr. Morax, de París, con cuya presidencia hemos sido honrados, y que además ha sido uno de mis mejores maestros, darle las gracias más expresivas por el honor que me ha dispensado honrando mi comunicación con dos casos personales y haciéndome una pregunta, y paso a contestarle.

El primer caso del Dr. Morax en el que se empleó la medicación opoterápica de glándula pituitaria y genital, tiene su explicación en el hecho ya universalmente admitido de que la hipófisis actúa sobre el metabolismo y sobre la función genital, por intermedio del tiroides y de las glándulas genitales (ovario y testículos, respectivamente).

Y con relación al segundo caso, en el que el edema de la papila y los trastornos visuales desaparecieron con la intervención quirúrgica, se puede interpretar en el sentido de que la operación, simplemente por el hecho de la abertura de la silla turca, tiene el valor de una verdadera craneotomía decompresiva, cuya favorable influencia sobre el edema de la papila es de todos conocida. Por el mismo hecho, la compresión del quiasma puede disminuir y hasta desaparecer.

Además, hoy ya es perfectamente conocido el mecanismo de curación del síndrome de Froelich con la intervención quirúrgica, que hasta hace poco era verdaderamente enigmático. Pero hay que partir del hecho de que en la operación sobre la hipófisis no es extirpada ésta en totalidad, sino en parte: de aquí que con la ablación de la porción enferma, las porciones que quedan adquieren vitalidad y perfeccionan su función. Parecía contradictorio que en este síndrome de hipofunción de la hipófisis la extirpación de la glándula produjese la curación; y es que ocurre lo anteriormente citado, al igual que en los casos de degeneración quística de tiroides, en la que con la operación, al quitar las partes enfermas, las porciones sanas que quedan, por pequeñas que sean, acrecientan su función, bastando para las necesidades de la economía.

Hay también, como dice muy bien el Dr. Morax, lesiones inflamatorias de la hipófisis en las que el tratamiento determina la curación; así como también existen insuficiencias de esta glándula en la lues y otras afecciones generales con la particularidad, observada por los autores, que en los sífilíticos el tratamiento específico tiene poca eficacia.

En los casos de hipertrofia de la hipófisis, la terapéutica de elección es: 1.^a, la intervención quirúrgica; 2.^a, la radioterapia, y 3.^a, la opoterapia, y dentro de ésta la de hipófisis combinada con la tiroidea o de la glándula genital (prefiriendo la de ovario por ser más activa), según la indicación. Y en los casos con disminución de volumen de la hipófisis, claro está que la opoterapia ha de ser la sola terapéutica que habrá de emplearse.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

EL APARATO CARTILAGINOSO EN OTORRINOLARINGOLOGÍA, publicado por los Dres. Terracol, Turchini y Haraut, de la Facultad de Medicina de Montpellier. Monografía O. R. L., núm. 23. Un volumen de 216 págs. con 17 figuras intercaladas en el texto. Análisis en español, alemán, inglés e italiano.

El aparato cartilaginoso es en ciertas ramas especializadas de la Medicina uno de los tejidos de elección. En Otorrinolaringología rivaliza con el tejido linfóideo; sus relaciones son constantes y personales.

Este triple estudio histológico, anatomopatológico y clínico engloba los elementos primordiales de la existencia cartilaginosa.

La primera parte ha sido resumida por el Dr. Turchini, profesor de Histología de la Facultad de Montpellier. Las nociones fundamentales de histología y de histofisiología del aparato cartilaginoso son sucesivamente examinadas; enumeración anatómica, constitución, estructura e insolación, ilustrado este estudio con unas cuantas microfotografías muy bien hechas.

La segunda parte está descrita por el Dr. Haraut, jefe de la Sección de Anatomía patológica de la misma Facultad. Comienza por unas nociones generales de histopatología del aparato cartilaginoso, para después ocuparse con todo detalle de las pericondritis, neoplasias condroides (condromas, sarcomas y tumores complejos); todo ello ilustrado igualmente con excelentes microfotografías de cartilago humano patológico.

En la tercera y última parte se ocupa el profesor Terracol, también de la Universidad de Montpellier, de la patología clínica de dicho aparato; con gran detalle estudia sucesivamente todas las afecciones y tipos clínicos de peritonitis, de laringe (pericondritis agudas, primitivas y secundarias, escarlatínica, variólica, tuberculosa, sifilítica y neoplásica). Con la misma amplitud estudia todas las demás afecciones cartilaginosas de la nariz, fosas nasales y oído, acompañado de numerosas fotografías.

En suma, un trabajo completo y detallado que honra a sus autores y que hará que las monografías otorrinológicas internacionales que desde hace tiempo vienen publicándose con gran éxito, desde ahora adquieran un mayor prestigio, en la seguridad que se han de difundir extensamente y serán indispensables en toda biblioteca del médico especializado en materia otorrinológica.

Esta monografía realiza estrechamente la unión del laboratorio y de la clínica, según la tradición inmutable de la escuela de Montpellier.

HUARTE MENDICOA

MALADIES DU SANG, por H. Benard, Mlle. Tissier, Rivet, Lechelle, J. Hutinel, N. Fiessinger, Ch. Aubertin y A. Tzanek. Tomo XXVI del «Nouveau Traité de Médecine et de Therapeutique», publicado bajo la dirección de P. Carnet y P. Lareboullet. Un volumen de 770 páginas con figuras en el texto. Librairie J. B. Baillière et Fils. París, 1931.

El Tratado de Medicina y Terapéutica, publicado por la casa J. B. Baillière de París, bajo la dirección de los doc-

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

tores Carnot y Lareboullet, es una obra demasiado conocida de todos los médicos para que pretendamos descubrirla desde estas páginas. Los volúmenes de esta copiosa enciclopedia médica han sido manejados por todos, y su importancia en la bibliografía médica francesa perfecta y justamente reconocida en todos los países. Trátase de una obra de recio empuje que ha logrado imponerse en todos los lugares.

Recientemente hemos recibido el tomo XXVI de esta obra, enteramente dedicado al estudio de las enfermedades de la sangre, el cual está redactado por las personalidades más destacadas de cada una de las materias de que trata. Registrar los títulos y méritos de todos y de cada uno de los autores de este copioso volumen, sería labor extraordinaria que requeriría una extensión muy superior a la que tenemos concedida para la redacción de estas notas de información bibliográfica. Baste con decir en este momento que la competencia reconocida por todos, de los autores de este libro, ha cristalizado en una obra a la que todos los que quieran imponerse del estado actual de las enfermedades de la sangre tendrán que recurrir.

Es, siguiendo la orientación marcada por esta colección, al propio tiempo obra de estudio inicial y de consulta, en la que cada tema se estudia en todos sus detalles y con todos los matices que la evolución progresiva de la ciencia ha impuesto.

Iniase la obra con un extenso capítulo, redactado por Henri Benard y Marguerite Tissier, dedicado al estudio morfológico, químico y fisiopatológico de la sangre. Sigue a continuación un profundo estudio de las anemias, debido a la experiencia del médico del Hospital Lariboisière Lucien Rivet. Los síndromes hemolíticos están estudiados por el citado Rivet y su colaborador Lechelle. Las leucemias, en capítulo que en nuestro criterio merece ser destacado por sus méritos particulares de profundidad y claridad, están descritas por el profesor de la Facultad de Medicina de París Noel Fiessinger.

Existe en este libro un capítulo en extremo interesante sobre patología de la médula ósea, asunto en el que tanto se viene fijando la atención de los clínicos en estos últimos tiempos, el cual merece igualmente ser objeto de particular elogio por la claridad y exactitud con que está escrito, pudiendo considerarse como un timbre de honor para el doctor Charles Aubertin. Da fin la obra con un breve, pero muy profundo estudio, sobre la transfusión sanguínea, señalando tantos los accidentes e indicaciones como las técnicas que deben emplearse.

Resumiendo, por lo tanto, hemos de decir que sólo elogios sinceros merece esta obra, en la que la colaboración de ocho destacadas personalidades ha dado lugar a un tratado de un valor doctrinal y práctico considerables.

Sobre la presentación material de esta obra nada tenemos que decir, ya que se ajusta en su formato y disposición al mismo tipo que los anteriores volúmenes de esta colección.

DR. TOMÉ BONA

1 de Noviembre de 1931.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

J. Chabrun. LAS HIPOTROFIAS DEL LACTANTE DESPUÉS DEL QUINTO MES. - Es uno de los síndromes más frecuentes en clínica infantil. Su frecuencia ha llevado a diversas explicaciones. Su signo más importante es el retardo

Las dietas modernas amenudo carecen de minerales

Las autoridades médicas hacen incapie sobre la importancia de aquellas sales minerales que son indispensables para el cuerpo humano. Además de endurecer los huesos, y enriquecer la sangre en hemoglobina, estos elementos minerales ayudan el metabolismo y contribuyen a normalizar los nervios.

Sin embargo, no se puede depender de muchas de las dietas modernas para suministrar al organismo la proporción de minerales que necesita, y por lo tanto hay muchos que sufren las consecuencias de una desmineralización. Todo alimento guisado pierde un tanto por ciento de su valor mineral—en algunos casos esta pérdida asciende hasta un 76 por ciento.

Desfallecimientos nerviosos, Neurastenia, falta de vitalidad, y un agotamiento general, son los síntomas de este estado caquético. Un tónico rico en esas sales minerales que son indispensables al cuerpo humano, contrarrestan la pérdida y remedian la desmineralización.

El Jarabe de Fellows contiene las sales minerales de: Sodio, Potasio, Manganeso, Hierro y Fósforo en uniforme mezcla con los estimulantes metabólicos Estricnina y Quinina. Durante sesenta años ha sido aceptado clínicamente en el mundo entero, y esta es la prueba más fidedigna de su valor tonificante.

Dosis: Una cucharadita en medio vaso de agua tres veces al día.

JARABE *de* FELLOWS DE HIPOFOSFITOS

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES.
MUESTRAS A PETICION

Fellows Medical Manufacturing Co., Inc., 26 Christopher St., Nueva York, N. Y.

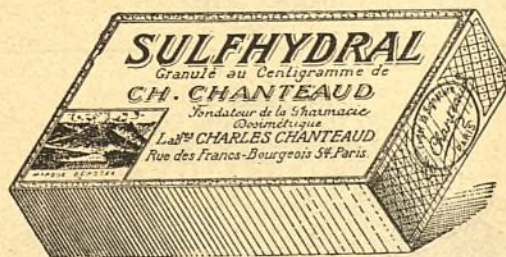
GRANULOS CHANTEAUD

Acido arsenioso..... miligr.
Aconitina amorfa..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Agaricina..... miligr.
Arbutina..... miligr. - centigr.
Atropina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Atropina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Boldina..... miligr.
Bromuro de alcanfor..... centigr.
Brucina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Cafeína..... miligr. - centigr.
Cafeína (arseniato). miligr.
Calcio (sulfuro).... centigr.
Calomelanos. miligr. - centigr.
Cicutina (brohdto).. $\frac{1}{2}$ miligr.
Codeína.... miligr. - centigr.
Digitalina amorfa.. miligr.
Emetina..... miligr.
Esparteína (sulfato). centigr.

Estricnina (arseniato de).. $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (hipofosfito de). $\frac{1}{2}$ miligr.
Estricnina (sulfato de)... $\frac{1}{2}$ miligr.
Estrofantina..... $\frac{1}{10}$ mlg.
Evonimina..... miligr.
Hierro (arseniato de)..... miligr.
Helenina..... centgr.
Hidrargírico (bioduro).... miligr.

Hidrastina..... miligr.
Hiosciamina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Iodoformo..... miligr.
Juglandina..... centigr.
Lobelina (sulfato)..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Picrotoxina..... $\frac{1}{2}$ miligr.
Pilocarpina (nitrato de)... miligr.
Podofilino..... centigr.
Quasina..... miligr.

Quinina (arseto. de) miligr.
Quinina (hidroferro-
cianato de). miligr. - centig.
Quinina (bmhto. de) Sulfato.
Quinina (valetto. de). 2 centig.
Scilitina..... miligr.
Sal de Gregori..... miligr.
Sosa (arseniato de). miligr.
Zinc (fosfuro de)... miligr.



**El Mejor
PURGANTE
LAXANTE
DEPURATIVO**

**SEDLITZ
CH. CHANTEAUD**

Laboratoires CHANTEAUD, 54, Rue des Francs-Bourgeois, Paris

Contra :
Estreñimiento
Estado bilioso
Jaquica
Congestiones.

Depósito en España: J. Uriach y C.º. — Bruch, 49. — Barcelona.

ION-CALCINA PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTUM PALLARES

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

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

GRAGEAS

GRANULADOS



GRANULADOS

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE



GRAGEAS

GRANULADOS

COLAGOGO

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

ponderal; llega a ser de varios kilos, con gran descontento de los padres.

Sin embargo, el retardo ponderal no es el único síntoma: se une la palidez, anemia más o menos acentuada, hipotonía muscular, trastornos nerviosos (disminución del sueño, agitación, llanto, gritos).

Los síntomas más interesantes son los trastornos digestivos. El lactante muestra disgusto hacia la leche, no toma la ración suficiente. Además, el estado intestinal es defecioso. En todos ellos hemos apreciado los signos de la dispepsia de la leche de vaca: estreñimiento, deposición dura, blanca, fétida; con gran facilidad aparece deposición glerosa.

Las hipotrofías en el lactante después del quinto mes se distribuyen en dos grupos: florido y delgado. Aquél es el lactante que la cara engaña, pero su peso siempre es inferior al normal; es el lactante hidrolábil que, con grandísima facilidad y rapidez, pierde de peso.

La investigación radiológica de los hipotróficos después del quinto mes nos ha permitido hallar raquitismo en 60 por 100 de ellos, unido siempre a su receptividad a toda clase de infecciones. Con gran frecuencia interviene en ellos la sífilis y más del 40 por 100 mejoran con tratamiento mercurial y arsenical.

Los errores de régimen aumentan la gravedad del caso y agravan su pronóstico, especialmente la alimentación láctea exclusiva mantenida demasiado tiempo. Actualmente los pediatras se preocupan de administrar, en momento adecuado, «una alimentación de complemento». Sin hablar de vitaminas, el complemento conveniente son los hidratos de carbono. Es como Ribadeau-Dumas aconseja la adición del 2 por 100 de harina al biberón a partir del segundo o tercer mes de la lactancia; no ha visto peligros para la salud del lactante.

Según avanza el niño en edad, no debe aumentarse la cantidad de leche. Un lactante sano no precisa más de 900 a 1.000 gramos de leche por día, cantidad a disminuir hasta 400 o 500 gramos cuando aparecen los primeros síntomas de dispepsia a la leche de vaca.

Es cuanto se precisa recurrir a «los alimentos de sustitución». Los autores aconsejan la sopa de manteca de Czerny Kleinschmidt; la crema de huevo o de hígado de vaca de Epstein; la sopa de legumbres de Moll. Alimentos de difícil manipulación y que son ventajosamente substituidos por las sopas de harinas, pero teniendo en cuenta que la substitución de leche será solamente parcial y siempre con la adición de vitaminas, necesarias para evitar los trastornos por carencia. Prácticas alimenticias unidas a la terapéutica antisifilítica en caso de duda sobre la intervención de la sífilis. (*Le Bulletin Medical*, París, 4 de Julio de 1931, año 45, núm. 27, pág. 471).—M. A. C.

Cartia. COEXISTENCIA DE LESIONES CUTÁNEAS Y NERVIOSAS ESPECÍFICAS EN UN INDIVIDUO LUÉTICO.—Se trata de un individuo contaminado de sífilis hace veintitrés años que había sido sometido a un tratamiento inicial insignificante.

En la fecha presentaba signos clínicos y serológicos claros de tabes dorsal y ulceraciones gomosas de las dos piernas, aparecidas casi al mismo tiempo que las manifestaciones nerviosas. Sometido a un tratamiento bismútico, curaron rápidamente las lesiones cutáneas, no se modificaron los síntomas neurológicos y se acentuaron los signos humorales.

Esta observación proporciona datos de interés a la discusión sobre la dualidad de los virus sífilíticos, sostenida principalmente por Levaditi y Marie. Casos como el presen-

tado son excepcionales; pero, sin embargo, existen otros, especialmente de Clement Simon.

Según el autor, la rareza de estas coincidencias no es un argumento valedero en el sentido de la dualidad. Débese únicamente a la tendencia de la sífilis de localizarse sobre un órgano o sistema determinado. Las lesiones aórticas de la sífilis coexisten también raras veces con las lesiones cutáneas, y no se atribuye esto a la existencia de un virus aortotropo. Esta tendencia localizadora se observa también en la lepra y la tuberculosis, sin que tampoco por ello se pretenda la existencia de virus diferentes.

En la explicación de este caso, y en el sentido de emplearlo como argumento en favor de la dualidad, podría pensarse en la existencia de una reinfección en un heredo; pero el enfermo no presentaba el menor estigma.

Podría también hablarse de un contagio simultáneo por los dos virus; pero en este caso los accidentes aparecieron simultáneamente después de veintitrés años de silencio, tanto nervioso como cutáneo.

Por último, la rápida curación de las lesiones cutáneas y la persistencia de las lesiones nerviosas se explica por las diferentes condiciones anatómicas del terreno y no por la dualidad de gérmenes.

Esta observación, por lo tanto, debe considerarse como un argumento más en favor de la unidad de germen. (*Gior. It. di Der. e Sif.*, fascículo 4.º, año 1931).—DR. T. B.

Chiray y Amy. VALOR TERAPÉUTICO DEL DESAGÜE MEDICAL BILIAR EN LA CONGESTIÓN PASIVA DEL HÍGADO. HÍGADO CARDÍACO.—Se viene insistiendo sobre los buenos efectos de desagüe duodenal en el curso de diversas afecciones hepatobiliares, en particular de la colecistitis crónica no litásica, la angiocolitis aguda o subaguda, la colecistatonia. Su resultado es local y general, sobre los fenómenos hepatobiliares y sobre el conjunto de funciones del hígado, estómago e intestino. Resultado apreciable, sobre todo en los colescistatónicos que presentan, después del desagüe biliar, aumento del apetito y de las deposiciones con sensación de bienestar, disminución de la astenia y, sobre todo, desaparición de las tendencias melancólicas.

Parece que activando la función secretora y excretora de la bilis se puede actuar sobre la célula hepática y con ello obtener beneficios en el tratamiento de la congestión asistólica del hígado. Si esta noción podemos considerarla como relativamente nueva desde el punto de vista fisiopatológico, no es nueva en el campo terapéutico. Es el purgante drástico antes de todo tratamiento cardiotónico y muchas veces el purgante coetáneo. A veces este proceder, en la práctica, es perjudicial. En la asistolia crónica con hígado cardíaco la repetición de los purgantes provoca trastornos colíticos; nueva causa de molestias al enfermo. El desagüe médico biliar practicado en serie no tiene estos inconvenientes y consigue de manera perfecta la acción esperada sobre la función biliar.

La realización del desagüe medicobiliar no excluye la medicación cardiotónica clásica. Se yustaponen. Todos los enfermos recibirán los cardiotónicos necesarios a su lesión cardíaca: digital, ouabaina, alcanfor, cafeína. En algunos casos, el dolor que aquejan en hipocondrio derecho requiere las ventosas escarificadas en dicha región.

En cuanto al desagüe medicobiliar resulta a veces difícil en esta clase de enfermos disneicos y angustiosos; la práctica diaria nos ha enseñado lo conveniente de administrar calmantes generales y sedantes nerviosos para facilitar la introducción y tolerancia de la sonda. Es conveniente mantener cura bromurada dos o tres días antes del desagüe duo-

denal; los bromuros en estos enfermos son superiores a los compuestos barbitúricos y a las diversas medicaciones vago simpáticas, en especial a la belladona y a la atropina. El clorhidrato de papaverina y su sucedáneo sintético el benzoato de bencilo en solución alcohólica al 20 por 100, pueden asociarse al bromuro. Es la manera de disminuir la importancia y número de los reflejos nauseosos provocados por la ingestión de la sonda duodenal, que para los cardíacos es punto de interés. Los enfermos habituados a la ingestión de la sonda, convencidos de su utilidad llegan a suprimir la ingestión del bromuro como medicación preparatoria.

Penetrada la oliva de la sonda duodenal en pleno duodeno y establecido el flujo de la bilis A, inyectamos 30 c. c. de la solución de sulfato de magnesio al 33 por 100. Precisa que la solución magnésica a inyectar ésta caliente, para que así el enfermo no experimente sensación de frío interior; sensación que sería muy penosa y provocadora de molestias, náuseas o tendencias sincopales, sin gravedad ciertamente, pero que en algunos casos obliga a suspender el desagüe biliar antes de tiempo.

Para que la solución de sulfato de magnesio pase lentamente al duodeno, disponemos que el cuerpo de la jeringa esté ligeramente elevada del plano de la cama, nunca más de 50 centímetros; altura a alcanzar muy paulatinamente. El paso total del líquido al duodeno se realizará en unos treinta segundos por lo menos, siempre muy lentamente.

El desagüe medicobiliar en la congestión pasiva del hígado cardíaco permite que el enfermo mejore rápidamente de sus funciones digestivas, lo que permite ampliar sin inconvenientes la alimentación de estos cardíacos, y con ello evitados los inconvenientes de la hiperclorhidria del régimen lácteo prolongado, de las diarreas y colitis de fermentación secundarias a un régimen muy rico en farináceos.

El estreñimiento que aquejan la mayoría de este tipo de enfermos desaparece definitivamente mediante el desagüe medicobiliar; es lo lógico en concordancia con la vuelta a la normal de la tonicidad y sensibilidad vesiculares.

Resulta de difícil apreciación la mejoría de las funciones cardíacas; es más bien obra de los cardiotónicos; no obstante, es patente la mejoría de las funciones hepáticas. (*Paris Medical*, 16 de Mayo de 1931, año 21, núm. 20, pág. 463).—M. A. C.

Francisco J. Menéndez. LOS TRASTORNOS DE OTROS ÓRGANOS EN LAS AFECCIONES HEPATOBILIARES.—Vemos, por lo dicho en este trabajo, cuán numerosos y variados síntomas pueden traducir las afecciones hepatobiliares, y aunque esta enumeración es a todas luces incompleta, demuestra, que el examen de un hepático no puede limitarse a la investigación de los síntomas dependientes directamente del hígado o vesícula enferma; es por el examen de todo el organismo, por el interrogatorio atento y cuidadoso de los antecedentes personales y familiares, es por el análisis metódico de los diversos síntomas, etc., como podemos llegar a reconocer afecciones latentes del aparato hepatobiliar y por otra parte comprender la patogenia de tan diversos síntomas. (*Rev. de Med. y Cir. Habana*, 31 de Agosto de 1931.)

G. Mauriquand y G. Charleux. RESULTADOS OBTENIDOS Y EVOLUCIÓN DE LA DIABETES INFANTIL TRATADA POR LA INSULINA.—Once observaciones personales, perfectamente seguidas, permiten a los autores juzgar las transformaciones que ha introducido en la diabetes infantil la aparición de la insulina en la terapéutica.

En ciertos casos, los buenos resultados obtenidos se mantienen durante años; la reducción del síndrome es total,

aproximándose a un estado de completa salud. Curas discontinuas de insulina son suficientes para mantener este estado de mejoría.

Más frecuentemente, sin embargo, los resultados son menos brillantes, siendo únicamente el estado general el que sufre la transformación. Adquieren los niños una actividad normal, pero persiste la glucemia entre 3 y 6 gramos y la glucosuria dentro de cifras elevadas. La acetona disminuye, pero de cuando en cuando aparece de nuevo con gran intensidad. Ciertas de estas diabetes pueden ser consideradas como insulinoresistentes y otras como mal compensadas por la insulina. La diabetes, aunque lentamente, continúa su evolución. En estos casos existe la obligación de aumentar las dosis de insulina, y aunque la supervivencia sea bastante prolongada acaba por sobrevenir la muerte por coma o por tuberculosis.

La medicación insulínica parece evitar un gran número de complicaciones de la diabetes, tales como los brotes accídicos desencadenados por la fatiga. Las infecciones pueden ser igualmente detenidas por la insulina.

La tuberculosis parece ser más frecuente, no porque la insulina tenga en manera alguna una influencia agravante, sino porque prolonga considerablemente la evolución de la diabetes.

Las enfermedades infecciosas agudas pueden evolucionar sin complicaciones, así como las operaciones quirúrgicas, todo ello bajo la influencia favorable de la insulina.

El síndrome integrado por hígado y bazo grandes y ascitis, está especialmente relacionado con la diabetes infantil tratada por la insulina. Tiene un pronóstico grave, frecuentemente mortal, a pesar de las fuertes dosis de medicamento y su patogenia es aún mal definida.

El crecimiento es detenido a veces, aunque no siempre.

La diabetes aparece frecuentemente en el niño coincidiendo con un período de extraordinario crecimiento puberal o prepuberal.

El tratamiento insulínico prolongado puede dar lugar a accidentes séricos o anafilácticos. Los accidentes de hipoglucemia son raros y muy poco graves.

En conjunto, el tratamiento insulínico es perfectamente soportado durante gran número de años en la gran mayoría de los casos. Un enfermo de los estudiados por los autores recibió más de 4.000 inyecciones sin incidente alguno.

La insulina ha prolongado la supervivencia de las diabetes infantiles, aunque no hay por ello que entusiasmarse demasiado, ya que la diabetes es únicamente puesta «au relenti», sin que haya podido señalarse hasta ahora caso alguno de curación.

A pesar de las apariencias, debe considerarse como extremo precario el porvenir de estos individuos que, por decirlo así, son mantenidos en la vida de un modo artificial. (*Le Journal de Médecine de Lyon*, tomo XII, núm. 267, 1931). PRENAIS.

LA TONSILECTOMÍA.—Pocos días pasan en la vida profesional de un médico atareado y no especialista sin que se le presenten problemas con motivo de las tonsilas o adenoides. A muchos les parece casi imprescindible la extirpación de estos órganos o tejidos. Se opera con la esperanza de que así se hará desaparecer algún síntoma o manifestación dependiente de la enfermedad. Entre la existencia de tonsilas francamente enfermas y la hipertrofia (menos peligrosa) de estos órganos hay una amplitud de estados intermedios que pueden hacer dudar al médico sobre lo aconsejable de la tonsilectomía. Su juicio se basa, por lo regular, en la esperanza de remediar cosas más remotas que la ton-

silitis. Pero la anticipación del beneficio se ha ampliado gradualmente hasta incluir la posibilidad de curar resfriados, trastornos de oídos, nervosismos, fatiga, síntomas reumáticos, y algunas enfermedades contagiosas, para no hacer mención más que de una parte de las ventajas que se ofrecen.

Sería muy importante saber si la tonsilectomía sirve como medida profiláctica en la infancia o si tiende a aumentar la susceptibilidad a ciertas dolencias. Después de todo, las funciones de las tonsilas no son todavía tan bien conocidas que puedan justificar sin reservas las decisiones improvisadas. Otra complicación que viene a perturbar el claro juicio consiste en que la adenoidotomía se lleva a cabo muy a menudo simultáneamente a la tonsilectomía. No se ha prestado mucha atención a los efectos de la adenoidotomía aislada con ocasión de un catarro grave en la infancia. Selkirk y Mitchell han indicado recientemente que parece lógico esperar del drenaje incorrecto de la nariz, debido a la obstrucción por el tejido adenoides, un aumento en la gravedad de las infecciones respiratorias. La extirpación aislada de los adenoides acarrearía, por tanto, un alivio.

Como resultado de un estudio concienzudo en el Colegio de Medicina de la Universidad de Cincinnati, Selkirk y Mitchell se han atrevido a criticar muchos artículos, basados en la experiencia, publicados anteriormente. Cualquier médico ha leído numerosos informes estadísticos sobre los efectos de la tonsilectomía. Su frecuencia alcanza en algunas partes a un tercio de la población; de hecho, hay informes sobre escolares en los que la mitad de ellos se sometieron a la tonsilectomía y adenoidotomía. ¿Son exactas las conclusiones publicadas? Selkirk y Mitchell insisten en que, cualquiera que sea el método de comprobación, hay ciertos factores que pueden influir en los síntomas estudiados.

En muchas confrontaciones en las que se compararon grupos sin operar con otros sometidos a la operación, se descuidó tener en cuenta algunos factores esenciales, tales como la edad, sexo, raza, estado financiero, estación del año, efecto de la adenoidotomía aislada, período de observación después de operar, fuente de donde se extrajeron los datos, proporción de la tonsilectomía en la comunidad global, perfección de las observaciones e influencia hereditaria. En Cincinnati el resultado de las observaciones fué que tres años después de la tonsilectomía y adenoidotomía disminuyó la frecuencia de catarros, obstrucciones nasales y padecimientos de la garganta, mientras que aumentó la de infecciones de los senos y dolores de cabeza y de crecimiento.

Al considerar los efectos de la operación, debe tenerse en cuenta que son diferentes personas las que juzgan las indicaciones y los resultados. El laringólogo que opera tiene menos capacidad para observar con una perspectiva amplia que el médico de cabecera. En vista de las conclusiones superficiales a que esto ha dado lugar, parecen más justas las conclusiones de Selkirk y Mitchell. Muchos de los síntomas y estados que vulgarmente se supone dependen etiológicamente de las tonsilas enfermas—escriben—, son aquellas cuyo curso natural y causa son desconocidos y a las que no afecta la tonsilectomía. Parece ser que las conclusiones derivadas de alguno de los estudios llevados a cabo para mostrar los efectos de la tonsilectomía son susceptibles de una severa crítica, pues al evaluar los resultados dejaron de considerar muchos factores. (Artículo editorial del *The Journal of the American Medical Association*, 12 de Septiembre de 1931).—F. G. D.

Clambellotti. TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS VARICOSAS.—No insistiremos en este lugar más que sobre algunos

puntos de este trabajo de conjunto, que, como es natural, encierra una porción de detalles demasiado conocidos para ser dignos de una repetición más. Haremos mención únicamente de algunas novedades que encierra.

El tratamiento de las úlceras varicosas comprende dos grupos de indicaciones: 1.º Indicaciones curativas; y 2.º Indicaciones preventivas.

Las primeras se refieren a la atenuación de los fenómenos inflamatorios agudos, a la desinfección de las lesiones, a la estimulación de los fenómenos de reparación y a la cicatrización de la pérdida de substancia.

Las segundas se refieren a impedir el retorno de los procesos ulcerosos, combatiendo principalmente la éstasis circulatoria.

Entre los medios curativos insiste el autor de un modo muy especial sobre la virtudes terapéuticas del extracto total de testículo, especialmente eficaz en las úlceras atónicas de fondo blanquecino y lardáceo que agotan la paciencia del médico y del enfermo. Parece actuar como un tónico celular, excitando la formación de granulaciones y aún más la cicatrización por una acción estimulante de la producción de epitelio. Ejerce igualmente una acción reguladora del proceso de reparación, tanto vivificando la marcha tórpida, como ejerciendo una función reguladora sobre la producción de granulaciones exuberantes.

El autor ha empleado igualmente la insulina, cuyos buenos efectos en estos casos han sido reconocidos por autores de diversos países. No es partidario de las pomadas que impiden ejercer su acción a la substancia activa. Emplea compresas de gasa embebidas en una solución a la proporción de cinco unidades por centímetro cúbico. En su opinión la insulina ejerce una acción manifiesta sobre la producción de granulaciones, mientras que el extracto testicular actúa de un modo especial sobre la neoformación epitelial. Por lo tanto, se comprende que ambos elementos se complementan, pudiendo ser asociados, conservando cada uno sus indicaciones. Por ejemplo, al comienzo se podrá emplear la insulina para combatir la pérdida de substancia, y más tarde el extracto testicular para obtener la cicatrización.

En cuanto a los medios preventivos hay que reconocer que muchas veces se encuentran por encima de los recursos del médico, el cual con bastante frecuencia se verá obligado a recurrir al cirujano para la extirpación, por ejemplo, de un paquete varicoso. Las inyecciones intravaricosas gozan actualmente de gran favor.

Un método que actualmente goza de cierto favor en Italia es el llamado método ambulatorio de Gaetano. Consiste éste en cubrir el miembro en toda su extensión por bandas imbricadas de esparadrapo adhesivo de manera que ejerzan una compresión que vacíe las venas dilatadas y las impida llenarse de nuevo en la posición declive.

El enfermo puede al propio tiempo hacer ejercicio porque las compresiones musculares favorecen la circulación. (*Il Dermosifiliografo*, Agosto 1931).—Dr. T. B.

G. Roulin. LA AUTOTERAPIA LOCAL.—Nos referimos al empleo de las sales de oro (sanocrisina) inyectadas por vías pleural, intraperitoneal o intrarraquídea.

La sanocrisina inyectada en colección pleural tuberculosa disminuye la secreción del derrame, acelera la reabsorción del mismo, aumenta su fluidez y disminuye los bacilos de Koch.

Antes de aconsejar la auroterapia intrapleural deben conocerse sus reacciones. Consisten en dolores en base de tórax, exudación pleural ligera y reacciones febriles. Factores que conducen a emplear dosis ligeras; la inicial nunca

será superior a 10 o 15 centigramos; la dosis media de 20 a 30 centigramos y no pasar de 50 centigramos.

Las complicaciones del tratamiento son las propias de la auroterapia venosa.

Las indicaciones de la auroterapia intrapleural son: las fístulas pleuropulmonares (punción evacuadora, cada cinco días inyección de sanocrisina, y siempre punción evacuadora de reproducirse el derrame); colecciones purulentas de «pus espeso» (inyección semanal); abscesos fríos pleurales del neumotórax (inyección semanal, precedida de punción evacuadora en caso de necesidad); pleuresías serofibrinosas del neumotórax; piotorax malignos; pleuresías purulentas tuberculosas espontáneas y fístulas pleuroparietales; finalmente, las pleuresías *a frigore*.

Desde 1929 venimos empleando la sanocrisina por vía intraperitoneal en el tratamiento de ascitis coincidentes con diseminación tuberculosa. Hacemos inyecciones intraperitoneales de 5 a 10 centigramos de tiosulfato de oro disueltos en 5 c. c. de agua destilada y mezclados con los primeros 5 c. c. de líquido ascítico que llega a la jeringa, realizada la punción abdominal. La repetición de las dosis lo indica la intensidad y duración de las reacciones y la marcha del líquido ascítico.

La auroterapia intrarraquídea se aconseja recientemente por Garin (1927) en dosis de 5 a 10 centigramos de sanocrisina disueltos en 2 c. c. de agua destilada. La reacción intensa que sigue a los primeros casos tratados nos lleva a disminuir la dosis y aconsejar la dosis inicial de 2 $\frac{1}{2}$ centigramos de sanocrisina disueltos en 5 c. c. de agua destilada. No hay la menor reacción en el enfermito de meningitis tuberculosa, lo que nos permite repetir la inyección, a la misma dosis, cuatro días después. Clínicamente se agrava el enfermo y muere seis días después (*Gazete des Hôpitaux* París, 10 de Junio de 1931, año 104, núm. 46, pág. 894.) M. A. C.

Haethausen. TRATAMIENTO DEL LUPUS ERITEMATOSO POR LAS INYECCIONES INTRA VENOSAS DE CLORURO DE ORO. El autor afirma haber obtenido buenos resultados en el tratamiento del lupus eritematoso con las inyecciones de cloruro de oro. Estas inyecciones las practica una vez por semana, comenzando por la dosis de un miligramo, con la que se continúa hasta la terminación del tratamiento. En el caso en que no se consiga mejoría con esta dosis, puede elevarse a 5 miligramos y hasta 5 centigramos, observándose siempre la tolerancia y los resultados, para no emplear dosis mayor de la necesaria.

De esta manera se evitan los accidentes que han sido descritos con los otros compuestos de oro empleados en el tratamiento de la tuberculosis y los resultados son igualmente favorables.

Además, este tratamiento tiene la ventaja de ser más económico y sus soluciones más fáciles de preparar. A la concentración de 0,1, por 100 que se emplea el cloruro de oro es bactericida, no siendo, por lo tanto, preciso esterilizar la solución.

Los efectos obtenidos por el autor varían notablemente de unos a otros enfermos. No parecen ir paralelos con la intensidad del tratamiento, habiéndose obtenido los más notables éxitos con dosis pequeñas practicadas semanalmente.

El tratamiento con el cloruro de oro, combinado con la fisioterapia da resultados superiores a los que se consiguen aisladamente con cada una de estas terapéuticas. La combinación de este tratamiento interno con las aplicaciones de nieve carbónica da igualmente resultados favorables.

(*Arch. of. Derm. and. Syph.* T. 22, núm. 1, 1930).—Dr. Tomé BONA.

Nacionales

Pagés Maruny. MODIFICACIONES QUE EL CLORURO CÁLCICO Y EL CITRATO DE SOSA HACEN EXPERIMENTAR A LA SANGRE.—Resumen: 1.º Con 0,10 de Cl_2Ca se vuelve a 100 c. c. de sangre citratada a su coagulabilidad casi normal; con mayor cantidad disminuye notablemente el tiempo de coagulación. La viscosidad no sufre en ningún momento alteración apreciable.

2.º A menor dosis de citrato de sosa precisa menor cantidad de cloruro cálcico para que la coagulación se verifique en el mismo lapso de tiempo.

3.º Con inyección de cloruro de calcio 0,10 y citrato de sosa 0,20 por kilogramo del animal, la viscosidad no sufre aparentemente ninguna variación; en cambio, la coagulabilidad se acelera, bastando casi la mitad del tiempo que tarda en el animal nuevo. (*Rev. Esp. de Med. y Cir.*, Diciembre 1930.)

Agustín Campos Igual. ANESTESIA DEL NERVIOS MAXILAR INFERIOR A NIVEL DE LA ESPINA DE SPIX. NUEVA TÉCNICA.—Que con el mismo instrumental que ordinariamente se emplea en la clínica se puede operar.

Que proyectado cutáneamente el agujero dentario superior lo encontramos fácilmente proyectado en la mucosa por la mancha que dejamos.

La picadura es indolora y aséptica.

La inyección la hacemos de atrás a delante hasta el hueso sin encontrar obstáculo alguno.

Podemos dosar la cantidad de anestésico desde una gota.

La anestesia empieza a los pocos minutos y dura cuatro o cinco horas profundamente.

Con las inyecciones de alcohol o de glicerina fenicada podemos suprimir los dolores de la neuralgia facial. (*Polí clínica*, Enero 1931.)

H. G. Mogena. VALOR DIAGNÓSTICO DE LAS PRUEBAS FUNCIONALES DEL HÍGADO.—Dada la complejidad de las funciones en que el hígado interviene, no tenemos hoy una prueba segura que nos indique exclusivamente la insuficiencia global de la función hepática.

Las pruebas propuestas nos mostrarán solamente la insuficiencia para la función que examina, siempre teniendo en cuenta la participación que en aquella función tengan los demás órganos o sistemas.

Las más importantes de que en clínica podemos hoy valernos son, según nuestra experiencia:

a) Hiperbilirrubinemia, siempre que no exista ictericia obstructiva o hemolítica.

b) Galactosuria o curva de glucemia, con administración, principalmente, de galactosa.

c) Tiempo de desaparición en la sangre de un colorante de eliminación específica (fenolftaleína tetracolorada o rosa bengala), o momento en que aparece en la bilis obtenida por sondaje duodenal. (*La Clínica*, Abril 1931.)

Las enfermedades del Estómago e Intestinos

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

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

Poderoso tónico digestivo
que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias
del mundo.



**“El aceite de hígado de bacalao
es un agente terapéutico específico
contra el raquitismo.”—HESS (1930)**

Las más elevadas eminencias médicas después de largas controversias y numerosos ensayos con todos los remedios basados en las más recientes teorías, se han pronunciado una vez más por el aceite de hígado de bacalao como el remedio “por excelencia” contra el Raquitismo.

Prescribese pues bajo la forma de Emulsión Scott que es la más fácil de administrar y que además de contener el aceite más selecto de hígado de bacalao de Noruega—tan rico en vitaminas—aporta en calcio, fósforo y sodio, las sales minerales indispensables.



EMULSIÓN SCOTT

Indicaciones: Avitaminosis, Anemia, Tos, Bronquitis, Convalecencias, Debilidad, Marasmo, Tisis, Escrófula, Afecciones tuberculosas, Raquitismo, Dentición.

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL

HIGADO

POR LA

BOLDORHÉINE

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

USO

En capsulitas ovales en las comidas
con un poco de agua

DOSIS

2 a 4 diarias por periodos
alternos de 8 a 10 días

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

OXYGENASE

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

Trastornos de la nutrición
y sus consecuencias
Artritis
Tuberculosis

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

VITAMINAS CONCENTRADAS

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

INMUNIDAD

DR. MARTÍN SALAZAR

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

Destinado a 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 de toxicómanos.

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES

HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.



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.

A nombre de D. Victorio Caña, de Vizcaya, se ha recibido un giro postal que está sin aplicar por falta de datos. D. Francisco Fentanes Gutiérrez.—Pagado fin Diciembre 1932.

(Se continuará.)

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

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

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

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

Tamaño pequeño. **Peso** reducido. **EFICACIA** LA MAS PODEROSA. SUPERA A TODOS LOS EQUIPOS CONOCIDOS. **COSTO** INSIGNIFICANTE. LA EXCELENCIA DE UN PRODUCTO se prueba CON SU USO

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

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

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

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

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

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la Central ELECTROMEDICA

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

son la obra en que se funda el conferenciante. Inmediatamente se nota el enjaezamiento singular de estos últimos. Un petral se cruza sobre su pecho. Debe ir sobrepuesto por una especie de grande U vuelta del revés y fácil de coger y suministrando un punto de apoyo cómodo. El perro vestido de esta forma se conduce como un verdadero bastón do tado de vista y de inteligencia.

¿Cómo se operará la enseñanza de esta dirección, o mejor dicho, la educación, porque no se trata ya de hacer repetir pasivamente un mismo ejercicio, sino de habilitar un ser capaz de crear una fuerza de iniciativa?

Una película ilustró las explicaciones de Mr. Harrisson Eustín y el proceso se hizo más claro. Sin embargo, es pre

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

ciso distinguir en él tres periodos: en el primero, el más largo, que durará cerca de seis meses, el perro circulará por la ciudad acompañado por un instructor vidente. Este maestro le enseñará a detenerse cada vez que la acera presente algún paso de subida o bajada, teniendo presentes aun las más insignificantes diferencias de nivel. Por la misma razón el perro debe regular o tirar hacia atrás siempre que sobrevenga cualquier obstáculo: tranvía, automóvil, ciclistas, etc. Se le acostumbrará también a apartarse de todos los objetos caídos. Todos estos mandatos, a la derecha a la izquierda, o hacia adelante, le son inteligibles y forman sin duda alguna la parte más difícil de su adiestramiento.

En el segundo periodo el perro es confiado ya a un ciego; pero el instructor vidente seguirá a los dos durante tres semanas. Poco a poco, de elemento pasivo únicamente, el perro se convierte en elemento activo y no sufre ninguna impulsión sino que la comunica él. En el tercer periodo, la unión del dueño y del servidor se van saldando gradualmente sin que deje nada que desear. El dueño toma el mando y el perro se doblega aun ante sus necesidades particulares. Se establece entre ambos una especie de lenguaje y la soldadura queda terminada.

En Alemania, Suiza y América, «El ojo que ve» ha abierto verdaderas es-

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

cuelas de perros para los ciegos. Italia e Inglaterra han seguido también el movimiento. Francia a su vez también ha tomado parte en él.

Acaba de constituirse un comité bajo la presidencia del duque de La Rochefoucauld con este objeto. Gracias a él aquellos cuyos recursos son débiles no tendrán que desembolsar con rapidez los 3.500 francos que son exigidos hoy para un perro adiestrado.

De este modo podremos ver dentro de poco por las calles de París esta cho-

cante asociación del hombre y las bestias.

Con la ayuda de este compañero fiel el ciego reconquistará la independencia de sus movimientos; podrán circular libremente, ejercer su oficio y no resultar gravosos a los suyos.

M. P. B.

Kelatox: Sedante atóxico.

VIVIMOS en la época de las especializaciones, pero de las especializaciones puede abusarse; no hay razón inherente para creer que las virtudes de investigador, instructor y facultativo no puedan concurrir en un solo individuo, sin menoscabo alguno.

HARVEY CUSHING.

EL AMO imprudente, el mozo diligente.

DE UN DOLOR de cabeza a una enfermedad sólo hay un paso. En quien no es habitual, es un síntoma grave.

HUGHLINS JACKSON.

SI NO FUERA por lo infecundo del suelo en substancias defensivas, las semillas de las enfermedades nunca germinarían.

LEONARDO WILLIAMS.

Estreñimiento: Supositorios Evacuatif Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis. Preparación de óvulos y supositorios. Rambla Cataluña, 44, Barcelona

NUESTROS PARASITOS

EL OXIURU

(*Oxyuris vermicularis*)

El oxiuro o lombriz blanca es un parásito muy difundido en todos los países que vive en los intestinos del niño.

Las hembras, mucho más grandes y numerosas que los machos, se distinguen fácilmente de estos últimos por su aspecto de breves filamentos blancos que abundan en las defecaciones. Se descubren a simple vista, mientras que el parásito macho es tan menudo que, para percibirlo, se requiere una lupa.

La cola de la hembra es larga y delgada; la del macho, por el contrario, es corta y se enrosca en espiral cuando ha muerto. Macho y hembra tienen la cabeza puntiaguda. El ciclo de existencia del parásito se completa por la auto-infección, pues a menudo los parásitos y sus huevos que fueron evacuados en las defecaciones los llevan a la boca las manos sucias.

Después de ingerido, el huevo se abre

Urosolvina: eficaz antilúrico.

y la lombriz se traslada al estómago. De ahí pasa al intestino delgado, en donde hace varias mudas antes de llegar al estado adulto.

Después de fecundar a la hembra, el macho muere y es eliminado en las materias fecales. Pero la hembra fecundada permanece en el intestino grueso hasta poner sus huevos. Después baja a la extremidad inferior del intestino, desde donde son expelidos en las defecaciones ella y sus huevos. Algunas llegan a salir por sí solas, cuando el niño descansa en la cama.

Esta evasión espontánea de la hembra causa una irritación local y el niño se rasca. Las uñas recogen los huevos o los fragmentos de lombrices adultas, que pueden ser llevadas a la boca. Los niños que tienen la costumbre de chuparse los dedos o de comerse las uñas

Sinolysin
"Henning"

Obesidad.
endógena y exógena

están particularmente expuestos a esa nueva infección.

El eczema debido a la rascadura no es el único inconveniente: el niño puede padecer asimismo de desórdenes nerviosos, de anemia y de convulsiones. Es indispensable destruir todas las lombrices.

Cuando el niño está infectado de oxiuros que llegan a la madurez por masas sucesivas escalonadas en un periodo de varias semanas, se continúa el tratamiento durante cierto tiempo; no basta aplicarlo uno o dos días, pues en este caso sólo se elimina un montón de lombrices.

Para impedir que el niño vuelva a infectarse es necesario que lleve guantes durante la noche, procurar que sus uñas estén cortas y muy limpias, impedir que se chupe los dedos y se coma las uñas. No debe acostarse con otros niños.

Todas las noches, y más tarde cada dos o tres días, se le da una lavativa de agua tibia salada (aproximadamente 25 gramos de sal marina por medio litro de agua).

Se prepara otra lavativa eficaz haciendo cocer durante diez minutos una mezcla de 30 gramos de virutas de cuasia por un litro de agua, añadiendo el

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

agua necesaria para conservar al final la proporción de un litro de agua. Se filtra esta solución y se la utiliza caliente. No deben emplearse más de 150 gramos de cuasia a la vez.

Es inútil alcanzar la parte superior del intestino grueso, en donde están hospedadas la mayor parte de las lombrices, administrando grandes lavamientos del intestino. Por medio de pequeñas lavativas, como se ha indicado más arriba, los montones sucesivos de lombrices salen de la parte inferior del

intestino, y si se impide que el niño vuelva a infectarse, el ciclo de existencia del parásito quedará destruido después de cuatro a seis semanas.

Se evita la irritación nocturna haciendo en la zona irritada aplicaciones con una ligera pomada mercurial o con una solución fénica muy diluida.

En las familias o instituciones en donde esta infección tenga un carácter epidémico, es necesario cuidar de la limpieza absoluta de la ropa, incluso de la ropa de camas y de las toallas. Se procurará la misma limpieza en los retretes. A veces se suprime del régimen las frutas y las legumbres crudas, que pueden propagar el oxiuro.

Los niños deberán lavarse las manos antes de cada comida.

Tomando minuciosamente todas estas precauciones la epidemia no se hará crónica.

(Comunicado por el Secretariado de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, 2, Avenue Velázquez, París.)

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

LA FORMA EXALTADA POR LA BIOLOGIA

Mr. Jacobo Bainville acaba de publicar una colección de las Cartas persas en la excelente colección clásica de la *Ciudad de los libros* haciendo preceder su ilustre obra de una breve, pero inteligente introducción. Ha tenido la hermosa idea de resucitar esta novela por cartas que vieron su nacimiento y en las cuales se reflejan con plausible exactitud los deseos y las ilusiones de entonces. Porque todos los siglos tienen su sello especial y el libro más sabio del mundo sería quizá el que se dedicase al estudio de las diversas utopías que han encantado y desencantado sucesivamente la raza de los hombres.

Mr. Bainville hace observar que las Cartas persas, como son fruto de una época, han sobrevivido a todo lo que las rodeaba. Dice también: la regencia está lejos aún, pero ellas han permanecido florecientes y están clasificadas como

ANTIPHLOGISTINE

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

obra maestra. ¿Por qué? Porque este escrito, quizá adoleciendo de demasiado apresto y estar escritas por un autor que se las da de virtuoso, pero que escribe: Si fuese hasta el límite de mi pensamiento (¿por qué no he de ir?), diría que las Cartas persas son un ejercicio de estilo hecho por alguno que tenía estilo. En el tener está todo, y no hay que contar con otro apoyo que con la prueba que el tiempo concede.

Mr. Bainville no tendrá razón y el único problema que se le presenta al escritor, ¿será el problema del estilo? Porque la literatura no se define solamente por el estilo, sino también por el pensamiento y por las relaciones que establecen entre nosotros y el universo entero.

En efecto, yo no he comprendido nunca esta distinción escolar de la forma y del fondo, tan frecuentemente invocado, y que me ha parecido siempre desnuda de vigor, es decir, si se piensa en ello, de realidad.

El estilo no puede ser llevado ni colocado sobre el pensamiento, puesto que nos presenta en su mayor grado de potencia y de eficacia que la forma misma

JARABE ALMERA

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

de este pensamiento, su elocuencia intensa por hablar claro, lo que instala este pensamiento en la duración.

Si se pretendiese, por otra parte, referirse a las más recientes nociones de la Biología se nos concedería también que la forma se confunde con la existencia. Hablando a *grosso modo*, el cuerpo humano está compuesto en sus tres cuartas parte de agua y de un cuarto de albuminoides y sólo en muy pequeñas partes contiene grasas y sales. Cuando interviene la muerte y el cuerpo se descompone, lo hace por combustión o por oxidación, y la vida a su vez se mantiene por las mismas acciones producidas por el oxígeno sobre las albúminas de las células para producir nuestro calor orgánico. Mas lo que caracteriza esencialmente la vida es que la forma subsiste en esta incesante transformación de serlo.

Por esta razón es preciso soñar y pensar en la forma, que es espíritu, que al menos parezca anunciar la presencia del espíritu.

M. P.

LA VOLUNTAD

La voluntad es la facultad de querer.

Querer es determinarnos a un acto, u obrar con conciencia de poder dirigir libremente nuestra actividad según las luces de la razón.

Se llaman *voliciones* los fenómenos psicológicos de la voluntad.

La voluntad supone instrumentos más o menos poderosos, y más o menos dóciles, para llevar a efecto sus resoluciones, o el *querer supone poder*.

El imperio de la voluntad sobre los instrumentos de ejecución, o sobre los órganos, constituye el *poder*; y de éste, junto con el querer, nace la *acción*.

En la rebeldía de los órganos, en las resistencias que contrarían la acción de éstos, en el cansancio que ocasiona la acción y en las dificultades del esfuerzo que ésta exige, se encuentran las condiciones del *mérito*.

La voluntad o es más que la actividad consciente, inteligente, y, por lo mismo, libre; es la actividad elevada a verdadera facultad o potencia; la *facul*

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

tad, en suma, de dirigir nuestra actividad con conocimiento de causa.

La voluntad quiere, pero no se puede todo lo que se quiere; y de ahí que unas

voliciones, o sean cada uno de los actos de voluntad, sean *eficaces*, o causen efecto, y otras *ineficaces*. El *querer* manda y el *poder* ejecuta. Ambas cosas son necesarias para que resulte *acción*.

La voluntad es una. La voluntad o la fuerza personal es el yo, es decir, que a la voluntad corresponde singularmente la unidad del yo, con tanta claridad proclamada por la conciencia. La sensibilidad en rigor no es una, porque los fenómenos afectivos pueden ser de opuesto tipo (placer o dolor) y sus fuentes son muy diversas.

La inteligencia tampoco puede decirse una, porque sus funciones son varias, y cada función tiene sus procedimientos y usos diferentes. Así es que unas facultades intelectuales se desenvuelven más que otras, resultando que la inteligencia puede abolirse parcialmente, como sucede en varios casos de idiotismo y de locura; así es, por fin, que en ciertas enfermedades se pierde la memoria; en otras, como en el delirio febril, pierde

"MALTOPOL"

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

el hombre la facultad de percibir, conservando la de imaginar, etc. Pero la voluntad es realmente una, la voluntad no hace otra cosa que querer. Es la unidad de una fuerza que no se diversifica en cada uno de sus actos, sino que se mantiene independiente de la diversidad de sus efectos, y persiste, o se extingue, a la vez y por entero.

LA HABILIDAD en la técnica del diagnóstico se consigue únicamente a fuerza de constante práctica.

MATTERN.

CON HIJO de gato no se burlan los ratones.

LA CIENCIA ciega no inspira confianza.

AMBROSIO PARÉ.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En Rute ha fallecido el médico don Isidoro Roldán Ramírez.

— En Trujillos (Badajoz), el titular D. Juan José Parejo.

— En Santander, el médico D. Emilio García Gutiérrez.

— En Valencia, el médico D. Antonio Cantó Gosálvez.

— En Cabra, el médico D. Carlos Garrido Lozano.

— En Zamorra, el médico titular don José Martín Marcos.

— En Málaga, D. Francisco Cazorla Gómez, decano de los forenses.



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

Fabricación de Mobiliario para CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Oferta especial para los señores médicos.

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» de 120 X 60 X 83 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 73,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 25,00
Cubo a pedal.....	» 27,50
Taburete giratorio.....	» 88,00

Rogamos que antes de adquirir su mobiliario compare nuestros precios.

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

Soliciten nuestro catálogo.

FACILIDADES DE PAGO



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

“EUMALT”

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

SIMPLE
CON HIPOFOSFITOS
CON HEMOGLOBINA
CON PEPSINA Y PANCREATINA
CON YODURO FERROSO
CON ACEITE HIG. BACALAO
CON ACEITE HIG. BACALAO E HIG.



DIPLOMA DE MÉRITO
8º Congreso de médicos de la lengua
catalana — Julio 1917 —

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

Hemorroides

Prescriba los Supositorios

Anusol-Goedecke

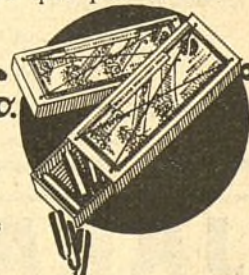
El Anusol-Goedecke reblandece las masas excrementicias endurecidas y hace posible una defecación agradable.

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

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

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

Goedecke & Co.
Leipzig-S.3



Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

CATARROS FOSFOTIOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOLCOL

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

Estafeta de partidos.

Nos advierten que próximamente se anunciará la vacante de Campillo de Arenas (Jaén), donde en poco tiempo se han celebrado cuatro concursos. Que el vecindario es escaso y existen dos médicos hijos del pueblo que tienen repartido el igualatorio. Tales datos por si pudieran irrogarse perjuicios a los que solicitaran la vacante. (20.350)

Vacantes. (1)

En armonía con lo dispuesto en la Real orden de este Ministerio núm. 1.337, de fecha 5 de Diciembre de 1928, respecto a rectificación de clasificación de las plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad:

(Continúa en la página siguiente.)

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

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

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

Para expedir la ficha de méritos es necesario presentar, acompañando a la instancia (reintegrada con 1,20 pesetas), los méritos que posea el interesado, como son años de servicios, premios y concesiones, etc., así como naturaleza y fecha de nacimiento; por tanto, deben enviarse tales documentos, o bien pedir a la Comisión del Escalafón, por medio de instancia (reintegrada con 1,20 pesetas), una hoja de servicios, en la cual constan todos estos detalles. (Los derechos de este certificado son 5 pesetas).

Los derechos de expedición de la ficha solicitada son 5 pesetas la primera y una peseta cada copia.

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ
LUCENA (CÓRDOBA)

Laboratorios Ibero-Americanos PUY

CARNE VEGETAL

Es más alimenticia y digestible que la leche.

YODOS PUY

(SIN YODISMO)

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

HIVERICA

Tratamiento de la LITIASIS

Hígado. — Vejiga. — Riñones. — Cálculos.

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

Composición nueva, sin yodo ni derivados del yodo, ni tiroidina
Muestras y folletos a los Sres. Médicos.

LABORATORIO PESQUI
Alameda, 17. — SAN SEBASTIAN (Guipúzcoa.)

Jarabe

“DEYEN” de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

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

JARABE

Cloofosfato
cálcico gelatinoso

ALMERA

es el preparado de fosfato de cal de más fácil **ABSORCION** y el más **ASIMILABLE**

Superior a todos sus similares, siendo el más activo de todos los reconstituyentes.



Más de 37 años de éxito creciente.

De venta en: Xolá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almera y Laboratorio, Plaza de Bulmaré, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

de alcohol porque la destruyen; tampoco se la debe asociar a los alcalinos porque en un medio de esta naturaleza es completamente inactiva. Un vicio muy corriente es el de administrar la asociada a la pancreatina, asociación incomprensible, no solamente porque la primera únicamente es eficaz en medio ácido y la segunda en medio alcalino, que si por esto fuera todo se reduciría a que la pancreatina no entrase en actividad hasta haber llegado al intestino, sino porque la pepsina con el ácido destruyen la pancreatina y, por tanto, la acción de la misma es ilusoria.

Sellos:

Pepsina oficial o, si se pue-
de, pepsina de título 300
volúmenes..... 50 centigramos.
Maltina..... 5 —
Polvo de nuez vómica..... 3 —

Para un sello. Háganse 20 iguales. Para tomar dos a seis sellos en cada comida, con un vaso de limonada clorhídica.

Indicaciones: Dispepsia hiposténica con fermentaciones anormales y dilatación gástrica. Hipoclorhidria.

Pepsina en pa-
quetes, título
300..... aa 50 centigramos en un sello.
Acido cítrico
pulverizado.

Háganse 20 iguales. Para tomar dos a cuatro en cada comida.

Indicación: Como los anteriores.

Elizir:

Pepsina oficial..... 20 gramos.
Agua destilada..... 200 c. c.
Vino corriente..... 500 —
Glicerina oficial..... 200 —

H. s. a. Para tomar en cada comida uno a tres vasos de licor.

se desarrolla al serrar, por lo cual se irrigará frecuentemente con agua fría durante las operaciones.

Libre el pene, el tratamiento dependerá del grado de lesión que se haya producido. Si la isquemia no fué total o si duró poco tiempo, ya hemos dicho que los trastornos desaparecerán pronto, pero en caso contrario no habrá más remedio que amputar la parte del pene que se encuentre esclerada.

Pensamiento silvestre.

Es la viola tricolor, var. arvensis. Se emplean las flores o la planta entera cuando está en floración. Contiene ácido salicílico. La tisana que se prepara con esta planta tiene propiedades laxantes, diaforéticas y diuréticas. Por la acción sobre las glándulas de la piel se emplea con buen resultado en el tratamiento del acné rebelde, pero teniendo en cuenta que antes de la mejoría se producirá un brote agudo. Además, aumenta el apetito. Se emplea en infusión al 1 por 100; el extracto fluido se da a la dosis de 2 a 8 gramos al día y el extracto acuoso a la de 2 gramos diarios. La tisana se prepara de la manera siguiente:

Genciana..... 5 gramos.
Agua hirviendo..... 1 litro.
Infúndase cinco minutos y
luego viértase sobre una
mezcla de lúpulo y pen-
samiento silvestre..... aa 5 a 10 gramos.

Para tomar tres tazas grandes al día antes de las comidas.

Indicación: Cloroanemias, anorexia, acné, herpes.

Pepsina.

La pepsina oficial en España es el producto proteolítico extractivo, desecado, obtenido del estómago fresco del cerdo o los cuajares, también frescos, de los rumiantes, que en líquido ácido, especialmente por el clorhídrico, tiene la pro-

pieidad de transformar los albuminoides en peptonas. Es un polvo amorfo, blanco o amarillo grisáceo; otras veces se presenta en escamas, en granos o en masas esponjosas, transúcidas y opacas, lustrosas, de color blanquecino o amarillo pálido, de olor peculiar y poco pronunciado y de sabor ácido o salado. Se disuelve parcialmente en el agua y su solución es ligeramente opalina, ácida al tornasol; se disuelve también en el alcohol diluido en agua, pero es insoluble en el alcohol concentrado y en los demás disolventes neutros. En estado seco resiste sin alterarse temperaturas de cerca de cien grados, pero en estado de disolución pierde su actividad a una temperatura entre sesenta y setenta grados.

La pepsina oficial debe oficiar cien veces su volumen de albúmina de clara de huevo coagulada. Si el poder peptonizante fuera mayor se mezclará íntimamente con lactosa, para que el poder peptonizante tenga dicho valor. La dosis máxima de una vez debe ser de 50 centigramos y la dosis máxima en veinticuatro horas de 2 gramos.

En realidad, esta pepsina oficial es un poco débil y, por tanto, siempre que se pueda se empleará la pepsina en pastillas, que digiere trescientas a quinientas veces su volumen de albúmina, tanto por su mayor eficacia como porque se conserva con mucho menos peligro de alteración.

La pepsina, que es el fermento soluble natural del jugo gástrico, tiene por función la transformación por digestión de los albuminoides en peptonas. Es excepcional que el jugo gástrico carezca por completo de pepsina, pero en los casos de deficiencia o de falta total de ácido clorhídrico suele haber igualmente una reducción de la cantidad de pepsina, de modo que la administración simultánea de ambas substancias resulta más eficaz que la del ácido clorhídrico solo. La proporción en que deben entrar ambas substancias es la de una parte de ácido clorhídrico por tres a cinco de pepsina oficial. Está indicada la administración de pepsina sola en los casos en que hay gastroscorra o exceso de ácido clorhídrico; en ese caso se necesitan 2 a 4 gramos del medicamento. Pero es mucho más corriente que la pepsina esté indicada para corregir las dispepsias

hipopépticas o hiposténicas; y como la hipopepsia siempre va unida a la reducción de la proporción de ácido clorhídrico, lo que está indicado en estos casos es la administración de preparados en los que entren simultáneamente la pepsina y el ácido clorhídrico. De aquí la preparación de elixires clorhidropépticos, de los que se encuentran numerosas clases en el mercado.

Los preparados de pepsina oficial, o sea la que digiere cien veces su peso de albúmina, se conservan mal, de modo que solamente se prescribirán en cantidades pequeñas para que se consuman en plazo muy breve. Si se trata de pepsinas que digieren 400 o 500 volúmenes, se pueden conservar más tiempo. En cuanto a la forma de administración, es muy útil el empleo de los sellos de pepsina en pastillas, que se toman en una o dos veces en medio de las comidas, seguidos de un vaso de limonada clorhídrica. También se pueden dar en el mismo sello cantidades iguales de pepsina y de ácido cítrico.

Puede emplearse la pepsina disuelta, pero las pociiones se conservan muy mal, porque la pepsina lleva casi siempre gérmenes y los jarabes de las pociiones favorecen el desarrollo de los mismos, a pesar de que se mezclen con ácido clorhídrico. Es preferible disolverla en un excipiente compuesto de 50 c. c. de glicerina y 200 de agua cloroformada. Disuelta de este modo se conserva muy bien. En cuanto a los vinos o elixires de pepsina, serán buenos si contienen una proporción muy baja de alcohol, pues de lo contrario la eficacia de la pepsina disminuye rápidamente en ellos. Sea cual fuere la forma de administración que se escoja, se debe dar a dosis de 75 centigramos a 2 o 3 gramos de pepsina en cada comida. Conviene que sea de la que digiere 300 volúmenes y que no se dé toda la dosis de una vez, sino en tomas de 75 centigramos a un gramo entre plato y plato; insistimos una vez más en que si la pepsina no va ya asociada a un ácido en la preparación que se administra, se debe tomar siempre después de ella un vaso de limonada clorhídrica o fosforica.

No conviene mezclar la pepsina con grandes cantidades

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra).

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES PROPIEDADES DIURETICAS

INDICACIONES: Trastorno de la nutrición — Gota. — Artritis. — Reuma crónico — Arterioesclerosis. — Litiasis renal. — Obesidad.

Muestras y folletos a disposición de los señores médicos que los soliciten

DEPOSITO: HIJOS DE H. RIESGO. — Flor Alta, 10. — MADRID

Visto el informe favorable de la Junta provincial de Sanidad de Zamora, con relación al anteproyecto de rectificación de las plazas del partido judicial de Puebla de Sanabria, de aquella provincia, formulado por la Junta provincial de la Asociación Nacional del Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, y hallándose conforme esta Dirección general de mi cargo, he acordado la publicación en la *Gaceta de Madrid* del proyecto de clasificación provisional correspondiente al citado partido judicial, a fin de que los Ayuntamientos y médicos titulares interesados puedan formular las reclamaciones que estimen oportunas, dirigiéndose a este Centro, dentro del plazo de seis meses, a partir de la fecha de esta publicación, según lo dispuesto en el apartado 14 de la citada disposición.

Los interesados pueden ver el proyecto de clasificación que se indica en la *Gaceta* del 8 de Enero de 1932.

—En cumplimiento de lo dispuesto en Orden de esta fecha, se convoca concurso voluntario de rigurosa antigüedad para proveer la plaza de inspector provincial de Sanidad de Valencia entre médicos del Cuerpo de Sanidad nacional, pertenecientes al Grupo inspector y con arreglo al puesto que cada funcionario ocupe en el Escalafón, guardándose el siguiente orden de preferencia:

1.º Médicos ingresados por oposición directa a los antiguos Cuerpos de Inspectores provinciales de Sanidad o de Sanidad exterior.

2.º Médicos procedentes de otras ramas o de las dos primeras promociones de la Escuela que presten o hayan prestado servicio activo en plazas de plantilla en la rama de la vacante.

3.º Los demás funcionarios del Cuerpo.

Las instancias de los señores concursantes se presentarán en el Registro general de este Ministerio en el plazo de diez días hábiles, a contar desde el siguiente al de la publicación de la presente en la *Gaceta de Madrid*.

Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 8 de Enero de 1932. —El director general, M. Pascua. (*Gaceta* del 9 de Enero de 1932.)



CICA-SEPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceralna.)

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

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

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, 86, Madrid, y al por menor en las principales farmacias de España y América.

ALMORRANAS



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

ANALISIS

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

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

ANTIASMA POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO BENGALAI

Eficaz, Agradable e inofensivo.

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

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

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

•••••

FIMONAL

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

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

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfímido benzoico de la F. E.
En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DULCIMIDA**.

Cinco centigramos equivalen a la dulzor de 30 gramos de jarabe.

Dos tabletas de 0,03 gramos equivalen a la dulzor de 40 gramos de jarabe.

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

Prescribese en: **Diabetes, Obesidad, Diarreas infantiles**; para todos los colutorios, gargarismos y dentífricos, **Artritisismo**, etc.

Frascos de 100 y 250 tabletas. **Dosis: una o dos tabletas** para sabor agradable.

Laboratorio Farmacéutico J. B. MORATO FONT.—Paseo San Juan, 87.—Tel. 70261.—BARCELONA

Recuerde siempre

DULCIMIDA

Es 450 veces más dulce que
el azúcar :-: No es hidrato de
:-: carbono :-: Es inocua :-:

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 F. Javier Cortezo y Collantes.—La Asamblea general del Cuerpo de Médicos Titulares, por L. R.—Impresiones: Moloch, por R. Lobo Regidor.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Curso sobre tuberculosis pulmonar.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Correspondencia.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Dos días en el Palacio del Senado.

La Asamblea general del Cuerpo de Médicos Titulares y la extraordinaria de representantes de la Asociación Nacional han constituido la actualidad vivísima de la actuación médica esta semana.

En el pensamiento de todos obraba la decidida afirmación de que estos actos pondrían la tonalidad declaratoria en las actitudes de la clase médica frente a la lucha de los ideales y las imposiciones del realismo duro y sin entrañas. Para nadie era ya secreto el ambiente que traerían a Madrid los médicos asambleístas, reflejando el estado de opinión fatigada y convulsa que los problemas sanitarios han despertado en todos los rincones de la patria.

EL SIGLO MÉDICO, que no puede ni debe ceder su puesto de máxima atención y de comentario sereno y firme apoyo en los temas que constituyen sus mejores páginas de historia, propia, documental, de positivo rendimiento y sazónada de una espiritualidad sin la cual no es posible la vida, EL SIGLO MÉDICO anhelaba el momento de estas magnas reuniones porque para él suponían una especie de examen de la conciencia y detenido análisis del pasado, del presente y del porvenir de las clases sanitarias todas, ¡todas!; porque se quiera o no se quiera, cuantos problemas se planteen a los titulares son y serán puramente reflejo del estado mental, cordial, científico y profesional de todas las clases sanitarias de España, y toda resolución o enfoque de resolución a estos problemas habrá de influir decisivamente en el adelanto, estancamiento o retraso de la Sanidad nacional.

Podrá la memoria de muchos ser infiel a sus razonamientos; podrá la malquerencia pasional, siempre torpe, alejar o mediatizar el agradecimiento y el juicio justo y liberal, pero nunca se lograrán arrancar de la historia sanitaria las páginas escritas por órganos de la opinión que lleven a su frente nombres como el de Delgrás, Escolar, Cortezo, Pulido, Cuesta y Méndez Alvaro. No es, pues,

de extrañar que una revista que formó desde hace setenta y nueve años en el historial de la Sanidad nacional, de sus aspiraciones, sus quebrantos, sus luchas y sus progresos, sintiera en los pasados días toda la obligación de compartir minuto a minuto la vida de estas asambleas, indubitadamente jalón de una etapa totalmente modificadora.

Durante los días 11 y 12 hemos vivido, puede decirse que sin interrupción, dentro del Palacio del Senado, en el caldeado ambiente de una masa de más de 500 médicos afanosos, admirablemente preparados y documentados y dispuestos a una formidable labor que nosotros no dudamos en señalar a la atención nacional como digna de todo elogio y de las más puntualizadas meditaciones.

Los problemas sanitarios, profesionales, económicos y morales que la clase médica rural tiene planteados desde muchos, muchos años, han penetrado ya totalmente en el círculo luminoso de la vida pública española y, dígame lo que se diga, el monstruo del caciquismo municipal, mantenedor de las arbitrariedades, violencias, atropellos y rapacerías que destrozaban la eficiencia científica, la moral profesional y la dignidad humana de los médicos titulares, está herido de muerte y sólo se defiende con coletazos y dentelladas de cocodrilo.

Sin embargo, no es prudente la intención de que cese tal agonía peligrosa metiendo en un exceso de valor y acometividad las manos dentro de sus fauces o sentándose despreocupadamente en su lomo para decidir una victoria que no puede tardarse.

Lo natural y lógico es observar sus desesperadas defensas y colocarle desde el puesto barricado la bala definitiva si no se quiere aguardar su fin de más tranquilo modo.

Los hombres que hoy figuran al frente de este colosal movimiento de defensa de las aspiraciones sanitarias de los titulares forman un grupo de voluntades y mentalidades que requiere la más especial atención. Nosotros en ese deber de máxima analítica que corresponde a quienes han de relatar hechos, glosar actitudes y enjuiciar actuaciones, nosotros, decimos, seríamos injustos y traicionaríamos nuestra convicción si no comenzásemos por

marcar esta brillante aportación que hoy se observa en la campaña sanitaria de los titulares inspectores municipales de Sanidad.

Los debates de los días 11 y 12 han manifestado bien claramente lo que supone de fuerza cultural y política una masa de hombres como los reunidos en las asambleas, que se distribuyen por España actuando en los medios distritales y provinciales como directivos de una opinión y de un propósito.

Sin que nada signifique el orden en que acuden a los puntos de la pluma, Ossorio, Ayerra, Iranzo, Ruiz Heras, Torres Alonso, Picavea, Casas, Aguila Collantes, Rafael Ortiz, Cameno, León Soriano, Oliva, Cañete, Merchán, Ayuso, Benichet, Diz Jurado, Velasco, Martorell... y ¡tantos otros pariguales!, son una pléyade de valores tales que no permite ni la sombra de una duda respecto a la finalidad victoriosa de su labor.

Puede decirse que nada nuevo llegó a las órdenes del día de estos debates y que las conclusiones solas son las que acusan el cambio verificado en el tratamiento de los temas, porque ante lo mucho conseguido se enfrentan los escollos de las totales resoluciones, y conforme es justo el reconocimiento de lo avanzado, no lo es menos el de la precisión y acuciamiento de llegar a la meta presupuesta.

Las asambleas han dejado en plena calle, sometidas al examen de la opinión nacional, cuestiones que ni pueden tener ni tendrán vías de elusión para los gobiernos y para el Parlamento; y si en una máxima incomprensión se llegara a tomar por fuego de virutas lo que es plomo derretido, la consecuencia estimamos que sería altamente dramática para el país y de riesgo muy considerable para el régimen.

Así, pues, nuestra opinión sobre estas asambleas, y lo que representan, está fijada claramente, y réstanos sólo advertir el tristísimo contraste de la noble y franca actitud de la clase médica rural, indudable reflejo de toda la opinión sanitaria española, con la torpeza y la timidez absurda que se manifiesta en el alejamiento de Madrid en tales momentos de importantes representaciones oficiales sanitarias.

Hay algo en el espíritu de estas asambleas que merece un comentario aparte de la puntual reseña que hacemos en otro lugar del periódico. Con señalada insistencia se viene calificando a los titulares de *proletariado médico*. El mismo Sr. Pascua, en un artículo aparecido en *Voz Médica* el día 24 del pasado Noviembre, califica al médico rural de *ejemplo claro del proletariado en nuestra sociedad capitalista*. Claro que el Sr. Pascua añadía que *era su modo de ver* y, por lo tanto, ello no significaría

importante consideración del concepto si, como decimos, no se registrase con lamentable insistencia en el ambiente. ¿Qué es eso de *proletariado médico*? ¿Es que puede existir semejante clase dentro del unificador calificativo de médicos?

O todos los médicos somos proletarios o no puede existir un proletariado médico.

Porque dentro del concepto *médico* no cabe la inscripción de nadie en sus listas por condición distinta que la autorizada en su diploma profesional, únicos bienes registrables entre una clase social en que tampoco cabe suponer lo plebeyo ni lo vulgar sin indignación justísima y en la que nada significa la prole para el servicio de la nación que sea diferente en unos y en otros y en una clase en la que si existe la penuria, la *indigencia* económica, no cabe aplicarse esta acepción humillante al lado del concepto científico y profesional de médicos, en el cual no puede admitirse la indigencia.

Esto, por cuanto a la significación castellana y latina de la voz *proletario*, porque si analizamos su interpretación en el concierto social, cabe aún menos. ¡El médico no puede ser nunca un proletario! El insistir en ello es de una torpeza colosal, tan colosal como esa constante confusión que late en las polémicas de actualidad entre el socialismo y el sindicalismo. Si nos aplicamos al estudio verdad de estos credos, caeremos francamente en la cuenta de lo absurdo que es la estimación del socialismo como posibilidad de política profesional médica. Los médicos, honradamente, lealmente, con plena conciencia de la significación de los credos político-sociales y del valor indeclinable de su actuación profesional, no pueden ser como médicos otra cosa que sindicalistas, eso sí, dentro de lo que realmente es el sindicalismo técnico doctrinal, a lo Walther Rathenau, no el que anda por ahí actuando trágicamente, y dentro de este sindicalismo no cabe ni puede haber ese *proletariado médico* de que se hace uso como tópico oratorio con grave peligro de impresionar torcidamente a la opinión no médica.

Terminemos señalando los dos homenajes rendidos por las asambleas. El uno de ellos de dolor y agradecimiento, y el otro de calurosa y apasionada gratitud. La familia del finado Angel Samiguel ha recogido en la sesión del día 12 los más tiernos y emocionantes testimonios del duelo causado a sus compañeros por la muerte del que tanto laboró junto a ellos, y por sus mejoramientos y reivindicaciones.

Los Sres. Juarros y Sánchez y Covisa fueron objeto en la misma tarde, de una desbordada manifestación de gratitud ante su señalamiento en las Cortes como defensores de la Sanidad y de los médicos titulares.

GASTRITIS DOLOROSAS

HYPERCLORHIDRIA

ULCERAS

KAOLINASE
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO

— TIÓ —

Torrente de las Flores, 73
BARCELONA



La caja de
20 dosis
de 10 gramos
5 PESETAS



TRATAMIENTO DE LA **AEROFAGIA** Y SUS CONSECUENCIAS:

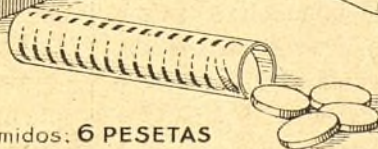
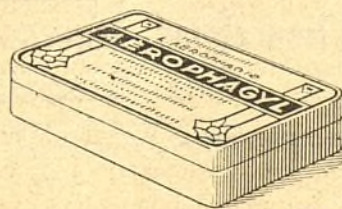
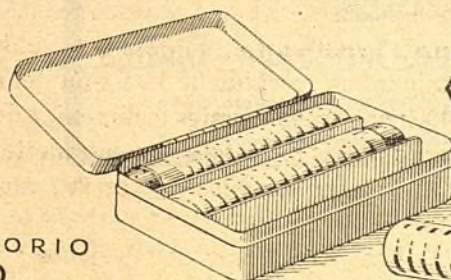
INSOMNIOS

TRASTORNOS CARDÍACOS

TRASTORNOS NERVIOSOS

TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO

— TIÓ —

Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 6 PESETAS

MODO DE EMPLEO

1 á 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas



TRICALCINE INYECTABLE

DIPROPANOILFOSFITO de CAL INALTERABLE
CACODILATO de SOSA 0,05. SULFATO de ESTRICNINA 0,001

MEDICACION CALCICA INTENSIVA Y ESTIMULANTE

TUBERCULOSIS
MISERIA
FISIOLOGICA

POSOLOGIA
Una ampolla por
día durante 12 días
Descanso 10 días y
comenzar otra serie.

CONVALECENCIAS
ANEMIA
ESCROFULOSIS

Laboratoire des Produits SCIENTIA, 21, rue Chaptal, Paris. 9^e

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

EL SIGLO MÉDICO se suma a ambos homenajes cordialmente; es más, y por lo que al segundo se refiere, no pretende colocar junto a él la manifestación de lamentable olvido registrada en las Asambleas que señalaron la actuación parlamentaria, por desgracia estéril, de estos dignísimos compañeros, y tuvieron sólo frases de referencia crítica y de concepto injusto para la historia parlamentaria y política en que lograron cuanto es hoy su caudal de beneficios.

F. JAVIER CORTEZO Y COLLANTES

La Asamblea general del Cuerpo de Médicos Titulares.

Desde las primeras horas de la mañana del día 11 comenzaron a acudir los asambleístas al Palacio del Senado.

En los pasillos se comentaba con entusiasmo el gran número de asistentes y de representaciones enviadas. Los salones del palacio de Doña María de Molina se poblaban de grupos de titulares que cambiando opiniones y disponiendo su actuación daban la máxima esperanza del valor decisivo de estas Asambleas.

A las diez y media abre la sesión el Sr. Ossorio, que preside la Mesa provisional.

Se procede a designar la Mesa definitiva y ello da lugar a alguna intervención que no logra cauce ante el propósito general de que se salven todas las pérdidas de tiempo en tramitaciones eludibles.

Se acuerda confirmar en la Mesa a los Sres. D. Antonio Ossorio, presidente, y D. Pelayo Martorell, D. Cándido Ayerra, D. José Aguila Collantes, D. Francisco Ayuso, D. Joaquín Ruiz Heras, D. Rafael Fernández Franco y D. Ramón Suárez Bence.

A continuación, el presidente, D. Antonio Ossorio, da las gracias a los asambleístas, y en un discurso de salutación cordial dedica un sentido recuerdo a la memoria del doctor Sanmiguel y a los también fallecidos Dr. Velasco y Dr. Martín de Pedro. Se refiere a la Asamblea de Medina, a la que llama constituyente, y es, era que la actual tenga carácter de actuante. Insiste en la necesidad de que la opinión se dé cuenta de que no defienden intereses de clase, sino los más elevados de la salud pública.

Glosa frases de Pablo Iglesias para terminar modificando la profecía del Dr. Sanmiguel: ¡Ahora o nunca! con la tajante afirmación: ¡¡Ahora, sí!!

A propuesta de un señor asambleísta, se guarda un minuto de silencio en homenaje a la memoria del Dr. Sanmiguel.

Se producen diversas intervenciones con motivo de cuestiones previas y proposiciones incidentales que amenazan prolongar este primer período de la Asamblea.

El presidente propone acudir al reparto del trabajo para que por distintas Comisiones se presenten ponencias a los debates de la Asamblea, y en atención a esto se formulan los siguientes puntos de discusión con los ponentes que se determinan:

PRIMERA PONENCIA

Aspiraciones. Ley Municipal y ley de Sanidad.—Aguila Collantes, por el Comité; Torres Alonso, Palacios, Peña, Velasco, Ferrán Lomas, Aranzadi, Frutos y Lanuza.

SEGUNDA PONENCIA

Asociación.—Ayuso y Ayerra, por el Comité; Armesto Rivas, Rojo Yagüe, Oliver, Cañete, Menchán, Álvarez Ruiz, Arrarás, Bescós, Penichet y Pérez.

TERCERA PONENCIA

Táctica societaria.—Ruiz Heras, por el Comité; Briz, Cuenca, Dartis, Herreros, Sesma Doz, Marzol, Alcay, Gómez y Herrera.

CUARTA PONENCIA

Atropellos, destituciones y deudas.—Suárez Bence y Fernández Franco, por el Comité; Martín Grande, Almendrod, Barrachero, Jiménez Cano, Soto, Bernáldez, Irigaray, Madoñero y Delgado Berenguer.

QUINTA PONENCIA

Plazas vacantes y paros forzados.—Martorell, por el Comité; Aparicio, Adrián Gil, Vázquez, Peralta, García, Fernández Campo, Huder, Rojas y Sanz Roselló.

SEXTA PONENCIA

Seguros sociales.—Martorell, por el Comité; Ors, Carnicer, Aranda, Mendoza, Aceval, Goróstidi, Molina, De la Cerdá.

Se retiran las reseñadas Comisiones para preparar las ponencias del debate y el señor presidente abre la sesión destinada a ruegos, preguntas y proposiciones incidentales.

La Asamblea se ocupa en primer término de marcar su satisfacción y elogio por la actitud de los diputados médicos Sres. Juarros y Sánchez Covisa y se acuerda por aclamación visitarles en nombre de la Asamblea para rogar a dichas señores fijen la hora en que pudieran venir al seno de la congregación a recibir el homenaje de su aplauso. Se nombra a estos efectos una Comisión que forman los Sres. Diz Juado, Pérez Cruz, Callejo, González Soriano, Blay, Gómez y Fernández Franco.

Los Sres. Germán y Casas hacen diversas apreciaciones acerca de la actuación de los elementos oficiales, que estiman censurables, y el Sr. Barrera se ocupa de los defectos que tiene la actual constitución obligatoria de la Asociación de Médicos titulares. Hace una división entre los médicos que sirven agradecidos al caciquismo y los médicos que ocupan sus cargos sin provisiones de favor. Protesta valientemente de que se obligue a componentes tan diversos a formar una sola Asociación, que por esta causa, estima no puede ser eficiente.

Intervienen varios señores asambleístas y destacadamente el Dr. Picavea, quien en un valiente discurso, clamorosamente aplaudido, ataca la gestión de los últimos directores generales de Sanidad y especialmente del actual, señor Pascua, para quien propone, en términos acogidos con aclamación entusiasta, un voto de censura.

El discurso del Sr. Picavea es muy aplaudido y el señor Ossorio, como presidente, recoge las palabras del Sr. Picavea y promete su intervención en el instante que mayor eficacia pueda rendir; hace el Sr. Ossorio la importantísima afirmación, de que en adelante, las comisiones que presenten lo resuelto por la Asamblea a los Poderes públicos fijarán un plazo, condicionando así las vagas promesas de las autoridades, y, dirigiéndose a la Asamblea, dice, que para dar cumplimiento a esto se precisa que estén acordadas las resoluciones que se tomarían caso de no cumplirse el plazo fijado, pues—dice—sin esto resultaría insensato condicionar la voluntad de las autoridades.

Da lectura el Sr. Ossorio a un telegrama absurdo, en el

que un alcalde manifiesta no tener en cuenta las disposiciones del ministro y del director general, negándose a autorizar al médico a venir a Madrid.

Se produce un movimiento de asombro.

Hablan luego los Sres Rojo y Germán, quienes proponen que los médicos militares no puedan ser titulares sin hacer lo oposición a que se viene obligando para la recíproca y que los altos cargos de la sanidad se desempeñen por personas propuestas por los médicos y no por los políticos.

En éstas, como en otras intervenciones, late la protesta viva contra el ambiente partidista y político que se advierte en la gestión del Sr. Pascua, a quien parece ser que la Asamblea le tiene reservado muy malos ratos.

A las doce y media se suspende la sesión, hasta las cuatro de la tarde.

* *

A esta primera sesión de la Asamblea general han acudido mucho más de 500 médicos y representantes de la prensa diaria y profesional.

Entre las delegaciones que hemos podido registrar, y que suman más de 3.000, damos las siguientes, como prueba de la colosal importancia de esta Asamblea:

D. Antonio Asenjo Pascual, 15; D. José Aguilera Collantes, 85; D. José María Alonso, 4; D. Pedro Alonso, 4; D. Isidoro Astruga, 20; D. Cándido Ayerra, 51; D. Francisco Ayuso, 184; D. José Alcay, 5; D. Francisco Alemany, 13; D. Sabel Aranzadi, 40; D. Ubaldo Alvarez, 21; D. Francisco Alonso, 7; D. Fernando Aparicio, 3; D. César Borrachero, 2; don Luis María Bris, 31; Sr. Blasco, 1; D. Araceli Carrasco, 2; D. Jesús Cadahía, 4; D. Alberto Casos, 1; D. Zacarías Cordeiro, 2; D. José Calamorza, 23; D. Casto Clemente, 8; don Juan Cuesta, 5; D. Alfredo Calzada, 9; D. Isidoro Cameno, 6; D. Marcelino Castro, 5; D. Angel Cruz, 8; D. Francisco Camps, 2; D. Vicente Cañete, 121; D. José Díez Palacios, 7; D. Salvador Dastis, 97; D. Enrique Delgado, 1; D. Arcadio Domínguez, 1; D. Julián Estero, 4; D. Cayo Escorda, 2; don José Luis Escalada, 1; D. Joaquín Fernández Pombo, 16; don Eduardo Ferrán, 12; D. Rafael Fernández Franco, 41; don Claudio Fraile, 5; D. José Fernández Campo, 9; D. Carlos García, 13; D. Primo Gilo, 4.

D. Enrique García Pellice, 1; D. Fernando Germán, 1; D. Leandro González Soriano, 175; D. Guillermo Gorostiza, 95; D. Floriano González, 1; D. Adriano Gil, 5; D. Jesús Galán, 44; D. Demetrio Gubernale, 30; D. José García Rodríguez, 21; D. Severino Gutiérrez, 1; D. Agustín García Miguel, 52; D. José Gallego, 43; D. Tomás Herrero, 2; D. Bernardo Hernández Sierra, 2; D. Perfecto Herrellá, 6; D. Carlos Iglesias, 91; Pablo Iñiguez, 10; D. Francisco Iznaola, 3; D. Enrique Jovellar, 1; D. Vicente López Lloréns, 5; don Francisco López Paredes, 22; D. Nicolás López Extremera, 10; D. Mariano Lama de la Cerda, 1; D. Adolfo Leal, 2; don Nicolás Martín Cirajas, 1; D. Julio Martínez Carvajal, 1; don Pelayo Martorell, 122; Sr. Mateos, 1; D. Telesforo Merchán, 118; D. Máximo Miragall, 1; D. Fernando Molinero, 1; don Indalecio Martín, 11; D. Gabriel de Medina, 1; D. Miguel Madroñero, 76; D. Luis Martín Torres, 7; D. Pedro Medina, 2; D. Domingo Manrique, 2; D. Luis Montalvo, 1; D. Luis Monzón, 11; D. Francisco Niño, 9; D. Antonio Olmos, 20; D. José Oliva, 101; D. Nicolás Ortega, 1.

D. Jaime Orts, 23; D. Antonio Ossorio, 175; D. Rafael Ortiz, 43; D. Juan Peña Vaquero, 43; D. Tomás Pérez Bru, 44; D. Ramón Perichet, 120; D. Joaquín Quílez, 3; D. José Quesada, 13; D. Julio Quesada, 14; D. Manuel Reguero, 18; D. Cesáreo del Río, 33; D. Ricardo Sos, 1; D. Joaquín Ruiz Heras, 2; D. Julián Ruiz Martín, 1; D. Miguel Reyes, 1; don

Isidoro Ruiz, 8; D. Francisco Roselló, 50; D. Ulpiano Romero, 3; D. Julio Revuelta, 6; D. Leopoldo Serra, 12; D. Ramón Suárez Vence, 44; D. Alvaro Sáinz de Baranda, 32; D. José María Sánchez Camacho, 1; D. Francisco Soto, 14; D. Julio Salmerón, 1; D. Santiago Torres Alons, 106; D. Antonio Téllez, 5; D. Julio Triguero, 1; D. Francisco G. Tejerina, 11; Tomás Tobajas, 1; D. Mariano Vázquez, 1; D. Gerardo Vilor, 1; D. José Velo Castro, 11; D. Miguel Vázquez García, 4.

* *

A las cuatro de la tarde del día 11 comienza la sesión destinada al debate y aprobación de las ponencias de los comisionados. Duró la discusión seis horas, únicamente interrumpidas para rendir el homenaje acordado a los señores Juarros y Sánchez Covisa.

Al presentarse estos señores ante la Asamblea, acompañados por los médicos titulares, que son diputados a Cortes, Sres. Velasco e Iranzo, reciben una calurosa ovación.

Conseguido el oportuno silencio, dirige la palabra a la Asamblea el Sr. Sánchez Covisa, quien pronuncia un discurso adecuado a las circunstancias de su actuación en las Cortes, y con acertadas frases de cordialidad y compañerismo promete seguir trabajando en el Parlamento para bien de la Sanidad y los sanitarios, aconsejando a los titulares unión y firmeza en sus decisiones y prudencia y oportunidad en su actitud frente al Poder público y las circunstancias de la actualidad nacional.

Las palabras del Sr. Sánchez Covisa son acogidas con aplauso y seguidamente habla D. César Juarros.

Con su oratoria peculiar y originalísima hace el Sr. Juarros una acertada y jocunda pintura de la situación nacional, de las calidades culturales y mentales del Parlamento del día en España, de la modalidad caciquil republicana y en especial de su fracaso en las Cortes al promover cuestiones sanitarias.

El Dr. Juarros causó una grande impresión en la Asamblea, que ojeaba, entre las algaradas ingeniosas de Juarros, los gazapos y las alimañas de esas amargas verdades que constituyen en una intencionada exposición el supremo alarde de saber decir las cosas para que lleguen al pensamiento y a la meditación sin dramatizar las atenciones hipostesiadas.

Juarros tuvo un gran triunfo de simpatía y de adhesión entre los oyentes.

Habló luego el Sr. Iranzo, que comentó algunos puntos del discurso de Juarros, y puso de relieve la significación suya como titular en el Parlamento. Por último, habló el también titular y diputado Dr. Velasco, quien con frase modesta y noble ofreció su firme y constante aportación a la labor de los otros parlamentarios médicos.

El Sr. Ossorio dió las gracias en nombre de la Asamblea a los señores diputados, y retirados éstos del salón continuaron discutiéndose las ponencias.

Como decimos al comenzar esta reseña, los debates duraron más de seis horas y no fueron por orden correlativo de las ponencias marcadas. Nosotros, para mayor facilidad documental, seguiremos el orden de estas ponencias.

ASPIRACIONES, LEY DE SANIDAD Y LEY MUNICIPAL

El Sr. Aguilera Collantes dió lectura a las conclusiones de la Comisión primera, que son las siguientes:

La Asamblea se ratifica una vez más en su aspiración de que los médicos titulares inspectores municipales de Sanidad sean funcionarios del Estado, e ínterin esto se consigue se dicte un decreto ordenando a las Delegaciones de Hacienda se incanten de los sueldos que los Ayuntamientos

tienen obligación de consignar, siendo las Delegaciones las encargadas de hacer efectivos a los titulares sus haberes.

Pedir a los Poderes la promulgación de una legislación que afecte y reglamente el trabajo médico de acuerdo con el primer artículo de la Constitución de la República española.

Restablecimiento de las oposiciones para ingreso en el Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad ante Tribunal único y que éstas se hagan a plazas determinadas, que

La discusión de este tema no ofreció margen notable de modificaciones, quedando aprobada la ponencia como conclusiones de la Asamblea.

ASOCIACIÓN

El Sr. Ayerra, de Navarra, leyó las conclusiones de la Comisión segunda, redactadas en la siguiente forma:

La Asociación de Médicos titulares y de Inspectores municipales de Sanidad deberá seguir siendo nacional, oficial



EN EL SENADO.— Los diputados médicos señores Juarros, S. Covisa, Iranzo y Velasco después de sus discursos en la Asamblea de titulares.

podían ser una por cada cuatro vacantes, dejando las otras tres a los turnos de antigüedad, traslado dentro de igual categoría y méritos.

Disminución del número de Facultades de Medicina.

Limitación del número de alumnos que anualmente ingresaran en las Facultades de Medicina con arreglo a la capacidad docente de las mismas, como único medio de conjurar la crisis por que pasa la clase médica.

Pedir sea oída la Asociación en el momento oportuno en que sean redactados los proyectos de ley de Sanidad y parte sanitaria de la ley Municipal por la Dirección general de Sanidad.

Pedir a los Ayuntamientos que no tengan confeccionado el Reglamento de funcionarios a que equipararle respecto a quinquenios y derechos pasivos, con los farmacéuticos, secretarios y demás funcionarios.

Que la dependencia de los médicos titulares sea exclusivamente de la Dirección general de Sanidad, y que ésta o los inspectores provinciales sean los que intervengan únicamente en el nombramiento y separación de los facultativos titulares.

El Sr. Cirajas propuso agregar la condición de indelegable a la función sanitaria del Estado.

y obligatoria, pero a condición de que su oficialidad y su obligatoriedad sean en adelante una cosa real y efectiva.

La oficialidad de la Asociación exigirá, entre otras cosas, que a ésta se la conceda por los Poderes públicos una intervención directa en la tramitación y provisión de las vacantes y en todas las transgresiones de las leyes profesionales y sanitarias.

El carácter obligatorio de la Asociación requiere, en primer término, que ésta pueda obligar y obligue a los asociados a satisfacer sus cuotas, sin cuyo requisito no podrá ser considerada como legalmente válida ninguna solicitud que se presente en los concursos a oposiciones a las plazas vacantes.

Cualquier procedimiento que obligue prácticamente al pago de las cuotas merecerá, desde luego, el asentimiento de esta Comisión, la cual, creyéndose, sin embargo, obligada a proponer a la Asamblea soluciones concretas, se permite someter a su deliberación la siguiente propuesta a este respecto:

Que las Juntas provinciales pasen todos los años una lista de los asociados morosos a la Delegación de Hacienda respectiva, la cual deberá ser autorizada por una disposición legal para recargar en un 25 por 100 la contribución

industrial de los comprendidos en la lista, quedando íntegramente dicho recargo a beneficio del Estado.

Esta Comisión cree que las circunstancias la obligan a la brevedad; pero aunque con ello quizá invada el terreno de otras Comisiones, no quiere dejar de exponer que la incautación de las dotaciones de los titulares por el Estado resolvería en gran parte todos nuestros problemas, por lo que afirman su convicción de que en los actuales momentos debe ser ésta la aspiración suprema y unánime del Cuerpo de Médicos titulares de España.

Cuando la organización administrativa del Estado plantea problemas sanitarios que afecten a una región de modo particular, podrán las organizaciones provinciales pertenecientes a dicha región actuar societariamente de acuerdo con los problemas que especialmente les afecte, sin perjuicio de la solidaridad a que les obligue la Asociación nacional en los problemas de carácter general.

En la discusión de esta ponencia apuntó ya el debate sobre las particularidades que pudiesen ocurrir ante la estructuración regional autónoma de España. Los gallegos y los vasconavarros apuntaron la declaración que figura en la ponencia, y el pleito de los catalanes dió ocasión al señor Torres Alonso y a los representantes de Castilla y Aragón a intervenir cálidamente.

El Sr. Ayerra puntualizó la situación especial de Navarra, de quien defiende la actitud de los Municipios con los titulares, y pide se excluya a ésta de la medida del pago por las Delegaciones de Hacienda, siguiendo en la beneficiosa situación actual y esperando que en el concierto de las Diputaciones quede comprendido toda la resolución del problema sanitario y de medicina rural.

El Sr. Torres Alonso propone sean las Inspecciones provinciales, y no las Delegaciones de Hacienda, las encargadas del pago. La Comisión, por voz del Sr. Aguila Collantes, desecha la enmienda, y después de otras intervenciones aclaratorias se aprueban las conclusiones que se han transcrito.

TÁCTICA SOCIETARIA

El Sr. Ruiz Heras da lectura desde una tribuna de secretarios a la ponencia de la Comisión. Se desarrolla un debate vivísimo en punto a las determinaciones de huelga de sanitarios. Puede decirse que éste ha sido el tema de especial trascendencia discutido por la Asamblea. Por girar en torno suyo toda la solución pronta y decidida de las solicitudes de mejoras y de progresos, ha dado ocasión a las más pasionales intervenciones. La provincia de Soria remitió a la Asamblea el 80 por 100 de las dimisiones de sus titulares, causando enorme sensación esta postura de decidido ejemplo.

El espíritu de la Asamblea está dividido en cuanto a fe en la eficacia del régimen de huelga, pero es unánime ante la necesidad de presentar al Estado los problemas con un margen previo de espera de sus resoluciones y con decidido propósito de defensa en caso de negativa. Las intervenciones de Picavea, Casas, Camacho, Ruiz Heras, Iranzo, Ayerra, Cameno y Torres Alonso, como cuantos median en esta discusión, que al final se encauza por Ossorio a la aprobación de la ponencia en los términos que se siguen, no puede dejar ninguna duda al Gobierno acerca del problema hondo que se avecina si se insiste en prolongar la solución abierta de las cuestiones sanitarias.

He aquí las conclusiones aprobadas:

Necesidad de una organización nacional única, obligatoria e independiente, de médicos titulares e inspectores municipales de Sanidad.

Esta organización debe ser de carácter apolítico y exclu-

sivamente como medio de conseguir nuestras aspiraciones sanitarias y corporativas.

Que para asegurar la vida económica de la Asociación ésta quede facultada para hacer efectivas las cuotas de los asociados morosos por la vía de apremio. Sin perjuicio de esto, se tomarán contra los mismos las medidas de orden interno que se crean necesarias.

Cuando estén fracasados los medios legales para alcanzar los objetivos que la dignidad de la clase reclama, la Asociación se enfrentará con el Poder público, declarando la huelga del Cuerpo para toda clase de servicios oficiales. La paralización de servicios no afectará a la asistencia a los enfermos, para los que la clase médica guardará siempre su máxima consideración.

La extensión e intensidad de la huelga será graduada por las organizaciones directivas de la Asociación.

ATROPELLOS, DESTITUCIONES Y DEUDAS

Concretando el debate, la ponencia de conclusiones se aprueba en la siguiente forma, según la exposición leída por el Sr. Suárez Bence:

Estos tres puntos pueden ir bajo un solo enunciado, el primero, puesto que una destitución arbitraria, como la falta en el pago, a pesar de su preferencia, y precisamente por eso, es y será siempre un atropello.

Por lo tanto, los atropellos cometidos con los médicos, generalmente por las autoridades locales, y en algunos casos por los vecinos, han sido cuestión de estudio por la Comisión nombrada al efecto.

El caso relatado por el compañero de la provincia de Teruel, en el que la barbarie de un pueblo pone de manifiesto los fieros instintos de su incultura social, cercando la casa del médico para darle fuego y hacerle perecer en unión de su mujer paralítica y de una hija de veintitrés años, nos da la primera nota de amargura y de tristeza ante esas agresiones incorregidas por altas y bajas autoridades.

El otro de Aznaga, en que el alcalde, por medio de bandos, pregones y oficios, intenta lanzar al pueblo contra los médicos, saltándose a mansalva las leyes que nos rigen, causándonos situaciones difíciles y poniéndolos en todo caso en la picota ante las iras populares, que la incultura hace temibles, nos dan clara idea de lo que podemos esperar de las autoridades locales y de las otras en la inmensa mayoría de los casos.

Estos dos, concisamente expuestos, y otros más, como los que todos conocemos por la prensa profesional, nos inducen a pensar que no hay más que una solución para poner coto a estos desmanes, que no hay más que una fórmula para tales desafueros. Esta solución no pueden darla y aplicarla más que los mismos médicos, y al decir los mismos no nos referimos a los atropellados, sino a los demás. Estamos más que convencidos de que los poderes públicos, los cauces legales, retardan las cuestiones, aminoran las causas y destruyen al final en muchos casos la razón de la justicia, y en todos ellos, caso de venir el remedio, viene tarde.

No es esto decir que la vía legal no deba ser aplicada; pero mientras ésta se tramita bueno será que nosotros pongamos el remedio por si cuando aquélla viniere no tenía solución y el daño causado por el tiempo fuera irreparable.

En dos palabras, voy a dar a conocer a la Mesa y a la Asamblea el procedimiento que esta Comisión estima que ha de seguirse en caso de atropello a un compañero.

El presidente de la Asociación, en el distrito correspondiente, reunirá acto seguido a los compañeros del mismo, y se informarán ampliamente de los hechos. Si de la informa-

ción resulta ser cierto el atropello, se trasladarán al pueblo donde el caso ocurrió, y entrevistándose con los causantes, autoridades o no, exigirán de ellos las satisfacciones correspondientes y la retractación o anulación, según los casos, de lo ocurrido. Si la solución fuera negativa, declarar el boicot al pueblo, al Ayuntamiento o a quien proceda, extendiéndolo asimismo al compañero que se preste a ser esquirol, como también a la familia de éste.

Para esto hace falta la verdadera unión de los médicos; con ella hemos contado para proponer lo que habéis oído. Si la unión existe, si es un hecho la tan deseada confraternidad, todos los obstáculos serán vencidos; nuestra marcha triunfal no será por nadie detenida.

Si no es así, huelga esta solución, sobran las demás, y ésta será una Asamblea más, por la que hemos venido, como otras tantas veces, a pasar unos días en Madrid.

PLAZAS VACANTES Y PARO FORZOSO

Quedaron aprobadas las conclusiones de la Comisión sobre plazas vacantes y paro forzoso, en la siguiente forma:

Que el número y categoría de las plazas sea el consignado en las nuevas clasificaciones, manteniendo en cuanto a amortización, creación y modificación de categorías la norma cuarta del reglamento de 11 de Noviembre de 1930.

Que se consideren en vigor en toda su integridad los reglamentos de 2 de Agosto y 11 de Noviembre de 1930 con las modificaciones siguientes:

a) Tramitación y resolución de los concursos por la Dirección general de Sanidad y por los organismos directamente dependientes de la misma.

b) Nombramiento y separación por el Ministerio de la Gobernación (Dirección general de Sanidad).

c) Publicación de los anuncios de vacantes y fallos de los concursos de la *Gaceta de Madrid*.

d) Supresión del turno de oposición en la provisión de plazas.

e) Inclusión de las plazas de las capitales de provincia en los reglamentos citados.

f) Reglamentación de la dotación y forma de provisión de las plazas de médicos especializados afectos al servicio benéfico sanitarios municipales a que hace referencia el párrafo quinto del art. 73 del reglamento de Sanidad municipal.

Que por la Asociación Nacional del Cuerpo se organice:

a) El censo de parados dispuestos a ocupar plazas de titulares.

b) El servicio de interinidades y substituciones.

Que sean bases para la organización del servicio de interinidades y substituciones:

a) La prelación en el escalafón previa inscripción en las listas de cada provincia.

b) Que se señale a cada provincia un mínimo fijo de substitutos e interinos.

c) Que los inscritos en el servicio se comprometan a no ocupar con carácter definitivo el partido interinado si no les corresponde reglamentariamente ocupar la titular.

d) Que los interinos comprendidos en el número mínimo de cada provincia tengan derecho, además del producto de la plaza, a una gratificación durante los períodos en que presten el servicio.

Que se establezcan sanciones a los que ocupen plazas en propiedad vulnerando los reglamentos vigentes y plazas de interinos sin sujeción a las normas que dicte la Asociación.

Que la Asociación de Médicos Titulares tome la iniciativa de convocar una conferencia de organismos interesados en el problema del exceso de profesionales médicos para que establezca las normas generales de limitación de alum-

nos y diplomados en las Facultades de Medicina, invitando a la misma al Consejo general de los Colegios de Médicos, a los Sindicatos y Asociaciones profesionales, a las Asociaciones escolares y a los Claustros de las Facultades de Medicina.

SEGUROS SOCIALES

La Asamblea aprobó en este respecto la ponencia de la Comisión leída por D. Pelayo Martorell conforme al texto siguiente:

La posición de los médicos titulares ante el seguro de enfermedad debe establecerse de acuerdo con la representación total de la clase médica.

En el seguro de accidentes del trabajo agrícola no debe excluirse la obligación por parte del patrono o de la entidad aseguradora de abonar al médico que preste la asistencia los honorarios correspondientes.

Y que se reglamenten las relaciones de las mutualidades y sociedades de accidentes del seguro con los médicos en relación con los haberes a percibir.

EN LOS PASILLOS

Hemos escuchado al Dr. Luis Velasco defender ante un grupo de asambleístas la forma de posibilidad de que se integre la fórmula propuesta por los titulares en la enmienda del Sr. Juarros dentro del texto constitucional. También afirmó su voto en pro de la enmienda citada. Acosado por el embate de los compañeros, el Sr. Velasco defiende su parecer de que la Cámara Constituyente no ha desatendido las aspiraciones sanitarias en general ni las particulares de los médicos titulares.

Otro señor asambleísta puntualizaba vivamente al señor Velasco el estado de saturación de descontento de los titulares.

Se defendía la actuación de la Dictadura, que mejoró grandemente la situación de la clase, y se manifestaba claramente que las deudas fijadas pasionalmente en 40 millones no sumaban un millón.

Se comentaban los atropellos de los Municipios del nuevo régimen y se glosaban jocosamente los postulados valientes del discurso del Sr. Juarros.

Según parece, la arenga del Sr. Sánchez Covisa no llegó mucho al corazón de la Asamblea; por lo menos, en muchos corros se comentaba con frialdad.

No puede condensarse en unas líneas la impresión del debate de seis horas que escuchamos en el Senado; pero sí adelantar que la clase médica rural, acuciada por sus perentorias necesidades y la constante de la desatención recibida de la política nacional, ofrece hoy un porvenir de peligros para los Gobiernos que se empeñen en no escuchar esa realidad y provoquen las reacciones que no por ser justas, dejarían de ser lamentabilísimas.

A las diez de la noche levantó el Sr. Ossorio Bolaños la sesión, dando por clausurada la Asamblea general del Cuerpo de Médicos Titulares.

Asamblea extraordinaria de representantes de la Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares.

A las once de la mañana del día 12 de los corrientes se declaró abierta la Asamblea extraordinaria de representantes provinciales y agregados, dando lectura D. Pelayo Martorell, desde una tribuna de secretarios del salón de sesiones del Palacio del Senado, a las listas de representaciones, y acto seguido se acuerdan varias aclaraciones y se leen diversas actas de credencial.

Se procede a la votación de Mesa, que resulta constituida en la siguiente forma:

Presidente: D. León González Soriano.

Vicepresidente: D. Telesforo Merchán.

Secretarios: Sres. Cañete, Benichet y Oliva.

Se comienza a discutir una proposición que atañe a la táctica societaria y en la que se pide la fijación del plazo que ha de darse a los Poderes públicos para que resuelvan sobre las aspiraciones de la clase. Con este motivo intervienen los Sres. Ruiz Heras e Iranzo para insistir en lo dicho en la Asamblea general respecto a la huelga y sus posibilidades; vuelve a tocarse el tema de los esquirols y la capacitación del Comité ejecutivo de la Asociación, interviniendo oportunamente los Sres. Cameno y Ossorio. Nuevamente se suscita la censura a los diputados médicos que no defendieron en las Cortes las proposiciones sanitarias, y se aprueba elevar a las Cortes protesta por haber rechazado las enmiendas de Juarro y Sánchez Covisa.

Se discute el tema de huelga, con intervención de los representantes de Zamora, Valencia, Avila, Murcia y Soria.

El Sr. Ayerra, en una viva intervención, insiste en sus puntos de vista de que sería preciso para ser eficaz contara el Comité con un tanto por ciento total de dimisiones o adhesiones semejante al presentado por Soria.

Se acuerda robustecer la autoridad decisiva del Comité y fijar en *un mes* el plazo condicionado al Gobierno para luego que el Comité directivo acuerde lo procedente.

Se discute con amplitud la reglamentación de la iguala y la jornada médica, y en un inciso de la sesión el señor Ossorio Bolaños, desde la mesa presidencial, pregunta a la Asamblea si acuerda se invite al director general de Sanidad, Sr. Pascua, a que asista por la tarde a clausurar la Asamblea.

Se produce un formidable escándalo y se dividen las opiniones entre que no se le invite y que así se haga para dar ocasión a que advierta el ambiente tan hostil de la Asamblea. El Sr. Ossorio, con gran gallardía de conceptos, decide a la Asamblea a que vote la invitación y cumpla con la cortesía que late en todos los pechos, pudiendo dar ocasión a un movimiento de cordialidad y rectificación de conducta que sería conveniente.

No obstante las acertadas palabras del Sr. Ossorio, en la votación se manifiestan firmemente opuestas algunas provincias, y el caso queda resuelto al saberse que el Sr. Pascua ha salido de Madrid, precisamente en esta ocasión.

Los comentarios son, como puede suponerse, de órdago a la grande, y se suspende la sesión.

Reanudada ésta a las cuatro de la tarde, comienza la sesión necrológica en honor de D. Angel Sanmiguel, asistiendo sus hermanos y familias.

Dedican sendos discursos de emocionadas frases los señores Ossorio Bolaños, Luis Montalvo, en representación de La Puebla de Montalbán; Tello, en representación de Torrijos, viéndose obligado a suspender su discurso por la emoción vivísima que le inhibe.

El Dr. Ayerra da lectura a la siguiente

SEMBLANZA

Amigo cariñoso, leal, sincero,
noble en su proceder, nunca fingido,
generoso en extremo y condolido
en la desgracia de todo compañero.
Luchador incansable, fué de acero
su temple siempre firme y aguerrido;
actuando con empeño decidido
no se abatió ante el destino fiero.

Murió como muere el buen cristiano;
impasible al dejar aquí en el suelo
goces terrenos de sabor humano.
Ungido por la fe que era su anhelo,
envuelto en el sayal de franciscano
le ha recibido Dios allá en el cielo.

De esta poesía es autor D. Cesáreo del Río.

Hablan después D. Francisco López y el Dr. Hinojar por el Colegio de Huérfanos de Médicos.

El Sr. Soto improvisa los siguientes versos, que son acogidos con aplausos:

Como Angel Sanmiguel viviendo,
vive nuestro corazón
camino de la ilusión
hacia que vamos corriendo.

Hoy su marcha reprimiendo,
gritemos todos a coro:
¡Viva el médico de oro
que con tierna y santa calma
nos fué infiltrando en el alma
de su entusiasmo el tesoro.

El Sr. Alemany lee unas sentidas cuartillas, y finalmente el Sr. Sanmiguel, hermano del finado, da las gracias con cálidas frases, en nombre de la familia.

Terminado el acto, fueron acompañados hasta la puerta del Senado los familiares del Dr. Sanmiguel por Comisionados de la Mesa y de la Asamblea.

Continúa la sesión ordinaria y se procede, luego de una amplia discusión reglamentaria, a elegir al Sr. Torres Alonso para la vacante del Sr. Sanmiguel en la región Centro, con el carácter de interino, y se acuerda que la Asamblea conceda un voto de la más amplia confianza y autoridad al vicepresidente del Comité, Sr. Ossorio Bolaños, para que actúe como presidente hasta que se celebre la elección reglamentaria en Asamblea convocada al efecto.

Continúan discutiéndose las cuestiones formuladas por la Asamblea general del Cuerpo, y luego de las aclaraciones pertinentes en que intervienen los representantes de Guadalajara, Toledo, Zamora, Valencia, Albacete y varios agregados, se acuerda la aprobación de dichas ponencias.

Finalmente se discute la actitud de los médicos catalanes y esto produce un debate candente en que los representantes de Valladolid, Burgos y Zaragoza mantienen una propuesta pidiendo la clara posición de dichos médicos. Habla el Sr. Torres Alonso y el representante de Zaragoza, los Sres. Ruiz Heras y Martorell, el Sr. Aguila Collantes y el Sr. Cameno, así como diversos agregados regionales, y el Sr. Ayerra, por Navarra, y los representantes de Galicia.

Como nada parece lo suficientemente claro, se propone una cosa extraordinariamente nueva, y es someter al médico catalán Sr. Canals a un interrogatorio verdaderamente absurdo como procedimiento democrático, pero que da el resultado apetecido, pues el Sr. Canals declara, contestando al Sr. Ruiz Heras, que *actúa de fiscal*; el Sr. Canals declara, decimos, en nombre de los médicos titulares de Cataluña, que LA SANIDAD ES FUNCIÓN DEL ESTADO INDELEGABLE y que los médicos catalanes están en la Asociación única, oficial y obligatoria de Médicos nacionales titulares e Inspectores municipales de Sanidad.

A las ocho de la noche, y terminados los asuntos del orden del día, el señor presidente, D. León González Soriano, declaró clausurada esta Asamblea.

L. R.

IMPRESIONES

MOLOCH

Un vendaval de idolatría parece arrastrarnos a sacrificar víctimas humanas en el altar del dios asirio.

Y es verdaderamente lamentable para nosotros, que conocemos por oficio o profesión el valor de la vida humana, esa facilidad con que se vierte la sangre que vivifica el cuerpo y hace posibles las funciones todas de nuestro maravilloso organismo. Diferentes motivos, o mejor dicho, distintas causas, porque nunca el mal puede tener motivo, a veces nimias, en ocasiones absurdas, y siempre inadecuadas, riegan con sangre de mejor empleo esta tierra madrastra.

Ya es la incultura paleolítica, atávica, que reúne un puñado de hombres, añadiendo a la pasión individual, siempre pésima consejera, la ferocísima contextura de la manada que exalta el furor de cada uno por una que pudiéramos llamar catálisis colectiva; o por el contrario, es la disciplina automática, rígida, insensible, que trueca al hombre en máquina irresponsable. En ninguno de estos casos extremos, ni en uno solo de los intermedios, aparece la humanidad; el hombre no es lo que debe ser. Ha perdido con la ingénita barbarie o con la impasible disciplina todo calor de fraternidad, despeniéndose en los abismos de la ira y endureciendo el corazón con el hielo de la indiferencia. Lamentable espectáculo para los corazones sensibles, para los que aún creemos en la virtud de las grandes palabras que hicieron a nuestros abuelos conquistadores, con riesgo y ofrenda de su vida de las libertades políticas y de las mejoras sociales; cómo lamentarían, lo que actualmente sufrimos, el derrumbamiento de las ilusiones forjadas por sus espíritus y que fueron consuelo en los tiempos malos, y acicate para la búsqueda y hallazgo de otros mejores. A la gélida impresión del terrible desengaño repetirían el principio de aquella *Serrana* de Domingo de los Romances acompañante de Fernando III a la conquista de Sevilla:

En somo del Puerto
Cuidéme ser muerto
De nieve e de frío.

Pero tengamos esperanza que más adelante, si seguimos avanzando, hallaremos consuelo en la continuación de la misma composición poética:

De una corrida
Fallé la serrana,
Fermosa, lozana,
E ben colorida.

¡Sea esta bella aparición la Humanidad triunfante de todos sus enemigos!

R. LOBO REGIDOR

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 11 de Enero de 1932.

MANIFESTACIONES MOTORAS POSTENCEFALÍTICAS. CASOS CLÍNICOS

Dr. Eduardo Varela de Seijas Carrascosa: Presenta mos cinco casos clínicos que tienen de común en el orden clínico los movimientos involuntarios anormales; etiológicamente aparecen consecutivamente a encefalitis epidé-

mica; anatomopatológicamente presentan lesiones en los núcleos grises; fisiopatológicamente, la separación de los movimientos asociados y presentación de movimientos involuntarios.

El primer caso se refiere a un tortícolis espasmódico; el segundo, movimientos involuntarios postencefálicos en pierna derecha, y los tres últimos, crisis respiratorias y movimientos involuntarios de miembros. Características de cada uno de estos casos que con toda claridad se aprecian en la película cinematográfica que proyectamos.

SÍNDROME TALÁMICO DE FORMA HEMIÁLGICA PURA

Dr. Fernando Enríquez de Salamanca: A principios de este siglo discútese un síndrome mixto de síntomas sensitivos y de síntomas motores, caracterizado en lo esencial por una hemienestesia global de todas las sensibilidades, más marcada de la sensibilidad profunda, con astereognosia, hiperalgesia espontánea, a veces intensa, con distribución hemiálgica y muy rebelde. A veces hemiparesia sin contractura ni Babinski, hipotonía y excitación de reflejos, y aun adiadococinesia. Es el síndrome clínico denominado talámico. Síndrome completo que en clínica se da en forma incompleta, o bien adornado con síntomas unas veces piramidales, otras cerebelosos y aun de tipo sensorial. Las formas incompletas lléganse en clínica a reducir en su sintomatología; hay casos publicados en los que exclusivamente se da la hiperpatía, y aun ésta en otros no llega a desarrollarse por completo y queda el síntoma muy atenuado.

En Octubre de 1931 ingresa en nuestra clínica una mujer de cuarenta y un años de edad, aquejando, desde dieciséis años antes, dolores en región precordial, cuyo origen atribuía a un enfriamiento consecutivo, a un aborto de cinco meses. Comienza a sentir frialdad en región precordial, hacia la izquierda de la línea media, que más tarde se irradiaba a escápula y brazo izquierdo y posteriormente a pierna del mismo lado. Así transcurren diez años, al cabo de los cuales la parestesia térmica se convierte en dolor con idéntica localización, exacerbado por el frío, acompañado de sensación de tirantez en dicho brazo. Ultimamente, también le duele la mitad izquierda de cabeza y cara.

Durante la evolución de este síndrome, la enferma ha tenido anginas frecuentes y ha soportado normalmente seis embarazos. El examen clínico de la enferma nos permite fijar el diagnóstico de síndrome doloroso casi puro de origen talámico. Lesión talámica que localizamos en el núcleo talámico que sirve de empalme a la cinta de Reil. El núcleo lateral en su parte posterior e inferior, y teniendo en cuenta los diferentes conductores sanguíneos, pedículos vasculares, la lesión corresponde a la influencia de dos de los pedículos vasculares talámicos: al tálamo perforado y al tálamo geniculado descritos por Foix e Hillemand. Para terminar, creemos que las lesiones vasculares causantes del proceso que aqueja la enferma son el comienzo de una afección progresiva de reblandecimiento lacunar del cerebro, por arterioesclerosis, o son arteritis sífilíticas. Ahora bien: ni la edad de la enferma, ni su historia, ni sus relaciones serológicas permiten afirmar la existencia de una arterioesclerosis ni de una sífilis. No encontramos más datos etiológicos que la repetición de las anginas. Acaso se trate de una arteritis en una enferma genotípicamente afecta de una hipoplasia cardiovascular, en la cual la congestión funcional de la hipófisis, durante el segundo embarazo, terminando por aborto, facilitó la localización y ésta se manifestó al cesar dicha dilatación yuxtahipofisaria.

En cuanto al tratamiento, hemos fracasado en todos los consejos que en estos casos se utilizan. Pensando un poco

sobre la etiología vascular, acaso fuese prudente separarse de las medicaciones analgésicas y encaminar los pasos por los modificadores vasculares.

Dr. Eduardo Varela de Seijas Carrascosa: En casos como el expuesto es de gran interés realizar el diagnóstico diferencial con el pitiatismo; fijar la posible relación entre la hemialgesia y los dolores localizados en la región del tri-



Los Dres. Villaverde, Salamanca
y Varela de Seijas.

gémico e igualmente realizar la exploración de la sensibilidad a la electricidad farádica.

Dr. José María de Villaverde y Larrar: En estos últimos años es motivo de discusión los síndromes talámicos descritos por Dejerine y Roussy. Analizando estos trabajos aparece claramente que los síntomas constituyentes del síndrome varían, viéndose que una porción de ellos no son verdaderamente talámicos sino atribuibles a lesiones de vías unidas al tálamo. No queremos hablar de la hemiplejía ni de la hemiparesia que algunos de estos enfermos presentan; son verdaderas lesiones indirectas, lo que también sucede a la hemianopsia que guarda relación con las lesiones del cuerpo geniculado externo. Los demás elementos del síndrome como los cerebelosos, la hemiatetosis, digamos que se ha puntualizado bastante sobre estos elementos del cuadro clínico con motivo de los síndromes postencefalíticos, para extendernos.

Queda, por tanto, del síndrome talámico lo relativo a los dolores. Estos hay que referirlos siempre a las lesiones del núcleo lateral posterior del tálamo al punto que, si en el mono realizamos la extirpación de toda la región parietal ascendente y de las dos circunvoluciones situadas detrás de ella, se produce una degeneración de este núcleo talámico y la aparición de dolores. ¿Quiere esto decir que en todo hemipléjico cuando presenta dolores más o menos pasajeros o permanentes en el lado hemipléjico se deben referir a

que la lesión capsular se ha extendido al tálamo? ¿Y tal síntoma interpretarle como resonancia talámica?

La clínica permite afirmar que no todos los dolores que se presentan en hemipléjico se deben atribuir al síndrome talámico. Hay casos en los que los dolores pueden atribuirse a lesiones articulares; hay dolores de miembros debidos a verdaderos calambres por hipertonía; dolores que también se exacerban por el frío, característica apuntada por Marie como propia del dolor talámico, pero que en la clínica la poseen otros dolores.

Los caracteres del dolor que presenta la enferma históricamente se pueden considerar como de dolores talámicos; en buena clínica no nos debemos aficionar a las nociones emitidas por los autores, pues los dolores talámicos, si bien en general son muy intensos y no se calman con nada, a veces la clínica aporta casos con caracteres algo diferentes. Es cierto que llevan a los enfermos a verdaderos trastornos de la afectividad y a estados de desesperación e ideas de suicidio.

Otro punto interesante del caso presentado es la etiología de la lesión causal del síndrome talámico. Si es deseable la etiología sífilítica y la arterioesclerótica, hay que valorar cumplidamente la etiología reumática, sin olvidar la del foco séptico, como anginas y piorrea. A este respecto recordamos un caso publicado en la literatura médica de dolores en la región del trigémino, rebeldes a todo tratamiento, sin posibilidad de fijar su etiología y en la autopsia se encontró un absceso encapsulado de la región talámica.

UN CASO DE GINECOMASTIA DOBLE VERDADERA

Dr. Rafael Resa Fernández: El hecho de la aparición en el hombre de mamas en desarrollo hipertrófico, de tamaño y circunstancias comparables a las de una mujer de la misma edad y talla, representa una comprobación de un estado intersexual. Si bien tiene trascendencia la ginecomastia aislada unilateral, son raros los casos de ginecomastia doble verdadera, sobre todo cuando van acompañados de una gran cantidad de estigmas morfológicos feminoides; son casos que cuentan con una base de constitución química intersexual.

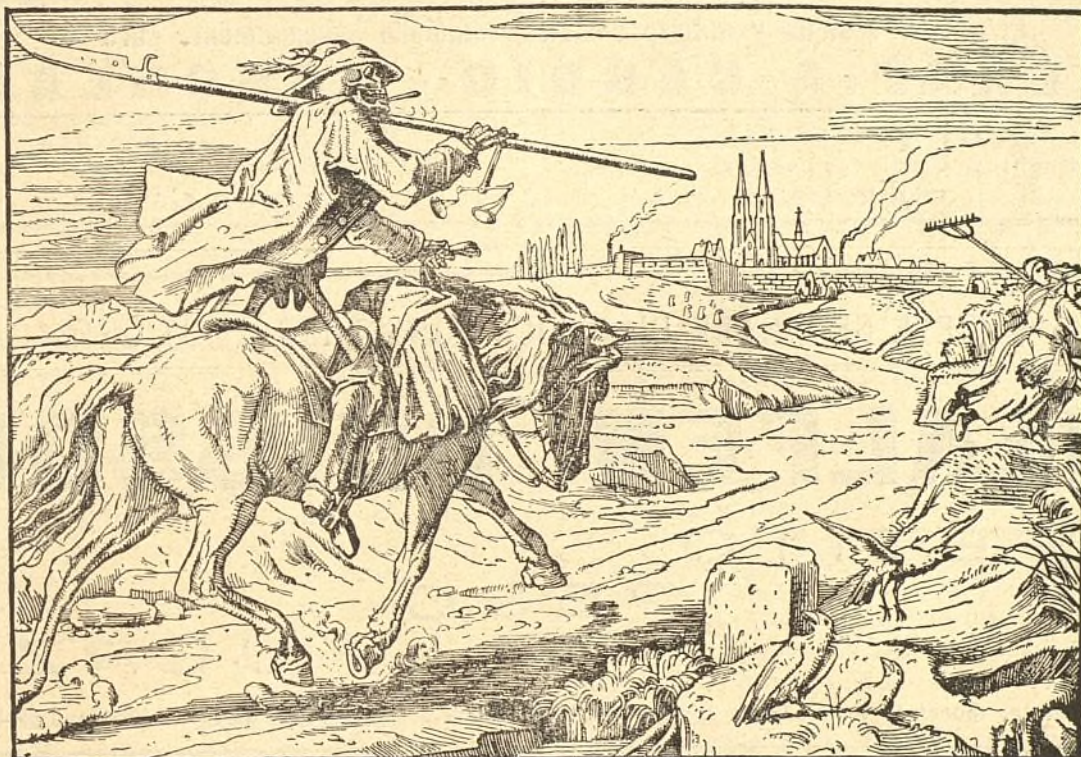
Es el caso de un muchacho de diecisiete años de edad de tipo asténico, displasia eunucoide, lampiño, sin vello en tronco, vello sexual feminoides; pene normal, testículos atrofiados, manos hipogenitales. La exploración clínica del mismo nos permite el diagnóstico de ginecomastia doble verdadera, más marcado el volumen de la mama del lado izquierdo, unida a atrofia testicular doble en un asténico con estigmas feminoides.

La patogenia de esta ginecomastia verdadera nos tiende a un proceso de feminización intenso a expensas de la existencia de una extraordinaria cantidad de hormona sexual femenina, que hace pensar, más que en un estado propiamente intersexual, en uno hemafroditico o pseudohemafroditico en que la función femenina ha reaccionado ante la supresión práctica de la gonada masculina, de cuya actividad no hay siquiera el más mínimo indicio hormonal.

En cuanto al tratamiento, el opoterápico a base de extractos testiculares y tiroideos es lo único práctico. Se podría intentar un injerto testicular de antropoide, según técnica de Voronoff y Alexandrescu. La reducción del tamaño de mamas pueda ensayarse con radioterapia.

Dr. Manuel Izquierdo Hernández: El caso expuesto tiene interés por la ginecomastia doble y la preponderancia de la izquierda. Esto se ha tratado de explicar exponiendo diversas hipótesis. No olvidemos que en los casos de hermafroditismo las manifestaciones de tipo feminoide son más in-

GRIPE



QUADRONAL

Dosis:

Para adultos, dos tabletas, tres veces al día; para niños, según la edad, media tableta, hasta una tableta, tres veces por día.

ASTA, A. G. — FABRICA QUIMICA
Brackwede, 128. — ALEMANIA

Farmacéutico garantizante: **Diego Breñosa, Santander.**

Depósito para España: **FARMACIA JIMÉNEZ, Santander.**

Delegado de la ASTA, A. G., **Hermann Roecker, Apartado 105, Santander.**

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMODICO — SEDANTE NERVIOSO

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

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES

REALFEN BUISSON

APETITO

PESO

FUERZA

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

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

MONOGRAFÍAS

BIBLIOTECA DE GRAN INTERÉS
PRACTICO

Son por demás interesantes y económicas las obras que publicamos de esta Biblioteca.
Tomos encuadrados a 1,50 pts.

tensas en el lado izquierdo, y acaso el mayor volumen de la mama izquierda pueda tener en ello su explicación.

Dr. Jesús García Orcóyen: El estudio biológico de la función ovárica, y sobre todo de la foliculina, utilizando siempre la técnica de Frank, nos ha llevado a realizar las determinaciones en sangre. Las determinaciones de la foliculina en orina no las concedemos valor. La foliculina eliminada por orina, hoy por hoy no se la puede valorar, desde el punto de vista diagnóstico. No se puede hablar de una hormona ovárica, de una hormona provocadora del celo. Son varias las hormonas ováricas.

Al considerar el caso estudiado como intersexual, un hipogonital masculino, no cabe duda la existencia de la acción negativa, de la misma acción frenadora de las hormonas gonadales, y que por falta del tono funcional de las glándulas masculinas es posible un mayor desarrollo de los factores caracterológicos femeninos. Así presentado el caso, fácil nos será su explicación.— *M. Aceña.*

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA

Sesión del 7 de Enero.

EPITELIOMA DE LA CARÚNCULA LAGRIMAL

Dr. Marín Amat: Los epitelomas primitivos, así como los demás tumores malignos de la carúncula lagrimal, son muy raros, siendo lo más frecuente que carúncula y repliegue semilunar se interesen secundariamente por propagación de las neoplasias de párpados y de conjuntiva.

En la enferma que presentamos apareció en 1926 una manchita en mejilla derecha y dos años después otra encima del labio superior que fueron curadas con el radio. En 1929 aparece en el lagrimal una manchita parecida a las anteriores, y al notar que se extiende acude al Dr. Ratera que le hace dos aplicaciones de radio sin resultado, por lo que aconseja la operación para después de ésta repetir la radiación.

Apreciamos en la enferma un abultamiento de carúncula con superficie muriforme y una extensa ulceración. Ganglios preauricular y submaxilares no infartados.

Hacemos el diagnóstico de epiteloma practicando una extensa exéresis de la región interesada (carúncula, repliegue semilunar y porción interna de borde ciliar de ambos párpados) y suturando la herida resultante.

El curso postoperatorio fué normal, dando de alta a la enferma a los diez días, curándola el Dr. Ratera, que le ha aplicado en estos últimos días una placa de 16 miligramos de sulfato de radio durante cuatro horas, proponiéndose repetir la dosis a mediados de mes.

El examen anatomopatológico del tumor demostró ser un epiteloma basocelular.

Dr. Márquez: La falta de examen anatomopatológico de las neoplasias anteriores de nariz y labio impide enjuiciar sobre causas que hayan podido motivar que éstas curaran fácilmente con el radio que ha fracasado en la de la carúncula.

Quizás se trataba de variedades distintas, siendo el tumor últimamente tratado poco sensible.

La obscuridad que aun domina en muchos puntos del problema del cáncer no permite precisar que ha de considerarse como primario y que como secundario y ni siquiera si se trata de algo puramente local o si es más bien localización de un estado patológico general.

Dr. Mansilla (D. Sinforiano): El cuadro clínico expuesto por el Dr. Marín recibía antiguamente el nombre de

encantis maligno; resistía a todo tratamiento y había que extirparle.

Sería interesante conocer si la dosis empleada en el epiteloma de carúncula fué igual a la aplicada en los de labio y nariz. Pudiera ser que el temor que a los radioterapeutas inspira el poder lesionar el ojo hiciese que la dosis fuese menor, explicándose así el fracaso del radio en la neoplasia de la carúncula.

Dr. Marín: Lo lógico es suponer que los epitelomas de nariz y labio tratados con éxito con el radio fuesen de igual naturaleza histopatológica que el de carúncula, es decir, de la variedad basocelular, en pro de lo cual habla la multiplicidad y la curación con dosis no grandes de radio como ha sucedido en este caso.

Es posible que el temor a que alude el Dr. Mansilla (y por cierto bien justificado) pueda explicar la distinta evolución de los epitelomas en esta enferma; pero hemos de tener en cuenta, además, que la placa de radio que se adapta bien a una superficie plana lo hace mal en una anfractuosa e irregular como es la comisura palpebral interna y las radiaciones no pueden obrar de manera tan regular como en nariz y labio, debiendo por fin consignar nuestra opinión sobre la mayor resistencia a la acción del radio de los epitelomas de las comisuras palpebrales y de la conjuntiva.

Curso sobre tuberculosis pulmonar

El 15 de Febrero próximo comenzará este curso para médicos, que durará hasta el 20 de Marzo.

Los alumnos, en grupos de 10, turnarán en la asistencia a las sesiones clínicas, que se celebrarán en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, la Enfermería de Chamartín, los Sanatorios de Valdelatas y de Tablada, el Dispensario de la Universidad y el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas. En estos dos últimos Centros recibirán también enseñanza acerca de la organización de la lucha antituberculosa.

Durante el curso se celebrarán conferencias sobre los temas de mayor importancia por los Dres. Arce, Arrense, Blanco, Crespo, Díez, Partearroyo, Verdes Montenegro, Tapia, Tello y otros profesores. Estas conferencias se celebrarán por las tardes en el Colegio Médico.

Los médicos que deseen inscribirse diríjanse al director del Instituto Antituberculoso de las Peñuelas (Ercilla, 7), acompañando a la petición la cantidad de 100 pesetas para los gastos propios del curso. La distribución de los grupos se hará en este Centro el domingo 14 de Febrero a las once de la mañana.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Provisión de plazas de médicos titulares ratificando el cumplimiento estricto de los preceptos del Decreto de 2 de Agosto y Orden del Ministerio de la Gobernación de 11 de Noviembre de 1930 para resolver los concursos de provisión de dichas plazas.

ORDEN

Excmo. Sr.: Son numerosas las reclamaciones que desde algún tiempo vienen recibiendo en este Ministerio, formuladas por los médicos pertenecientes al Cuerpo de Inspectores municipales de Sanidad, por la forma en que por algunos Ayuntamientos son resueltos los concursos de pro-

visión de sus plazas de médicos titulares, e igualmente por la frecuencia con que estas Corporaciones proceden a la separación del cargo de los citados funcionarios, sin formación del oportuno expediente vulnerando en uno y otro caso los preceptos del Decreto de este Ministerio de 2 de Agosto de 1930 y Orden de 11 de Noviembre del mismo año, que regulan cuanto a estos extremos se refiere. Tales infracciones, tan frecuentemente repetidas, son de un efecto poco edificante, creando una situación de desaliento y disgusto entre los facultativos que integran el Cuerpo de referencia, que determina su retraimiento de estas plazas, y un estado de protesta, continuo, que por parte de estas Corporaciones es necesario evitar, poniendo el mayor celo y escrupulosidad en el cumplimiento de aquellos preceptos.

Por todo lo expuesto, y de acuerdo con la Dirección general de Sanidad,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que siempre que por los Ayuntamientos se trate de resolver concursos para provisión de plazas de médico titular, se atengan estrictamente a los preceptos del Decreto de 2 de Agosto de 1930 y Orden de 11 de Noviembre del mismo año, justipreciando exactamente la antigüedad o los méritos de los aspirantes, según proceda, y adjudicando, en consecuencia, la plaza al concursante que haya acreditado mejor derecho con la correspondiente ficha de méritos, presentada al efecto dentro del plazo reglamentario, sin tener en cuenta ningún otro documento ni circunstancia al resolver; y

2.º Que las citadas Corporaciones se abstengan de proceder a la separación de sus cargos de los expresados facultativos, limitándose, en los casos en que hubiere lugar, a las instrucciones del oportuno expediente, según lo establecido por las citadas disposiciones, pudiendo únicamente acordar la suspensión del funcionario en las circunstancias que los referidos preceptos determinan.

Madrid, 31 de Octubre de 1931.—Casares Quiroga.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta* del 11 de Noviembre de 1931.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 713,2; ídem mínima, 695,1; temperatura máxima, 10°,2; ídem mínima, 1°,4; vientos dominantes, OSO. y NE.

El aumento de los estados catarrales de índole gripal más o menos confirmada sigue siendo digno de consideración, afectando en sus formas agudas y en sus localizaciones respiratorias a las diferentes edades de la vida. Las localizaciones reumáticas agudas y la recrudescencia de las formas crónicas son también muy numerosas. Los cólicos nefríticos y hepáticos se presentan aunque no en formas graves. La mortalidad ha aumentado en escasa proporción.

CRONICAS

Curso sobre tuberculosis pulmonar.—El 15 de Febrero próximo comenzará este curso para médicos, que durará hasta el 20 de Marzo.

Los alumnos, en grupos de 10, turnarán en la asistencia a las sesiones clínicas, que se celebrarán en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas, Enfermería de Chamartín, los Sanatorios de Valdelatas y Tablada, el Dispensario de la Universidad y el Instituto Antituberculoso de las Peñuelas. En estos dos últimos Centros reci-

rán también enseñanza acerca de la organización de la lucha antituberculosa.

Durante el curso se celebrarán conferencias sobre los temas de mayor importancia por los Dres. Arce, Arrese, Blanco, Crespo, Díez, Partearroyo, Verdes Montenegro, Tapia, Tello y otros profesores. Estas conferencias se celebrarán por la tarde en el Colegio de Médicos.

Los médicos que deseen inscribirse dirijan al director del Instituto Antituberculoso de las Peñuelas (Ercilla núm. 7), acompañando a la petición la cantidad de cien pesetas para los gastos propios del curso. La distribución de los grupos se hará en este Centro el domingo 14 de Febrero, a las once de la mañana.

Noticias.—Las oposiciones a directores del Sanatorio de Húmera y Dispensarios antituberculosos de los distritos del Hospital y Buenavista darán comienzo hoy sábado 16, a las nueve y media de la mañana, en el Hospital Nacional de Enfermedades Infecciosas.

—Ha sido detenido Mariano Hernández Cobo, por denuncia del chofer Aurelio Sánchez Cadenas.

Aquel había robado la caja de caudales del Hospital Provincial.

—Por el Ministerio de la Gobernación se ha dispuesto cese como consejero de Sanidad D. Santos Arán y nombrado consejero nato a D. Niceto José García Armendáriz.

III Congreso Internacional de la Técnica Sanitaria y de Higiene Urbana.—Recordamos que el III Congreso Internacional de Técnica Sanitaria y de Higiene Urbana tendrá lugar en Lyon, el 6, 7, 8 y 9 de Marzo de 1932. El Comité de organización ha recibido ya numerosas adhesiones de todos los países de Europa, de América y de las Colonias.

Las cuestiones que se someterán al estudio son las siguientes:

Higiene de transportes.—Higiene de la habitación.—Higiene de cuarteles.—Hospitales.—Obras sociales.—Cuestiones relativas a la atmósfera.—Desinfección.—Higiene industrial y prevención de los accidentes.

Durante el Congreso tendrá lugar la reunión provincial anual del «Sindicato de los Médicos Higienistas de Francia». Por otra parte, señalamos que «Un día del Ingeniero y del Arquitecto» será organizado, durante el cual los adherentes podrán visitar los grandes trabajos ejecutados recientemente en Lyon.

Los Ferrocarriles Franceses y diversas otras compañías extranjeras han acordado el 50 por 100 de reducción sobre el precio de los viajes, como igualmente se han acordado facilidades en casi todas las naciones en favor de los miembros del Congreso.

Para ilustrar al Congreso funcionará una Exposición Internacional de Técnica Sanitaria y de Higiene Urbana durante el período de la Feria Internacional de Lyon, del 7 al 20 de Marzo de 1932.

Para toda referencia los interesados deberán dirigirse al comisario general: Monsieur le Docteur Garin, professeur agrégé à la Faculté de Médecine, Médecin de l'Hôtel-Dieu, Conseiller Municipal, Rue Ménestrier, Lyon.

Masajista recomendado.—D. Santiago Ramos, calle Padilla, 75-123. Practicante masajista revalidado en España y Francia. Ciego. Horas de consulta, de 2 a 4.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL
Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid.

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

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

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

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

IMPRENTA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid Teléfono 70.458