

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. } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director..... }

DIABÉTICOS



VINO URANADO PESQUI

Que elimina el azúcar del organismo a razón de un gramo por día, fortifica, calma la sed, evita y cura las complicaciones DIABÉTICAS

OTROS PREPARADOS:

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

Alcohol de MENTA PESQUI. Antiséptico, para la higiene de la boca.

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



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

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

NO EJERCE DEPRESION SOBRE EL CORAZON Tabletas de Antikamnia OPUESTA AL DOLOR



Facsimile

ANALGÉSICO, ANTIPIRÉTICO, ANODINO



Facsimile

Distinguiéndose de otros productos del Alquitrán de Carbón, ejerce una acción estimulante sobre los centros nerviosos y las funciones vitales, y con especialidad sobre el centro cardíaco.

Ha sido clínicamente ensayada y ha resultado superior á cualquiera de las muchas preparaciones analgésicas y antipiréticas que hoy se emplean con tanto éxito en el tratamiento de Neuralgia y Mialgia, Influenza, Ciática, Reumatismo, Hemicránea, en todas las Fiebres; también en Dolores Neuríticos, Dolores Ováricos, etc.

En la seguridad y celeridad de su acción se le ha encontrado superior á cualquiera de sus antecesores en



este género de medicación.

Los excelentes resultados que ha dado como aliviador en afecciones neurálgicas y reumáticas, y cuando ha sido usada como sedativa, anodina, antipirética ó febrífuga, nos hacen fijar la atención del público sobre las virtudes de las "Tabletas de Antikamnia."

La dosis para los adultos es una ó dos "Tabletas de Antikamnia" cada tres ó cuatro horas, acompañadas de un sorbo de agua ó vino. Proporcionalmente para los niños. La dosis indicada y la frecuencia de su administración deben ser siempre determinadas por el Médico.

Toda Tableta Genuina Tiene el Monograma AK

Preparado solamente por LA COMPAÑIA QUIMICA DE LA ANTIKAMNIA, St. Louis, E. U. A.
De venta en las principales Farmacias y Centros de Específicos. — Muestras gratuitas a todos los señores médicos que las soliciten.
Agentes en España: J. URIACH y C.^a, S. A. — Apartado 632. — BARCELONA

Ayuntamiento de Madrid

Estos son especialmente intensos en los casos en que se encuentran directamente lesionado por el proceso el nervio

Estos son especialmente intensos en los casos en que se encuentra directamente lesionado por el proceso el nervio frénico o lo está la pleura mediastínica. Si el enfermo tiene convulsiones puede presentar accesos de risa sardónica, y en otros casos su padecimiento es tal que llega a desear la muerte. Esto lo mismo sucede cuando hay derrame que cuando no le hay, pero en este último caso la disnea es siempre mucho más intensa. No suele producir tanta angustia como en los casos en que la disnea procede solamente del dolor, pero es muy característica por la posición que el enfermo se ve obligado a adoptar. No puede permanecer acostado en la cama, ha de estar sentado en la cama o en un sillón, en lo cual se parece a todos los enfermos que padecen disnea a consecuencia de una enfermedad cardíaca, pero lo especial de la pericarditis es que tiene que tener el cuerpo muy inclinado hacia adelante. Para dormir en los pocos ratos en que puede conciliar el sueño tiene que colocar una almohada sobre las rodillas y apoyar los codos sobre ella. En los casos máximos el enfermo solamente encuentra un poco de alivio a su disnea colocándose en la posición plegaria hometana.

La irritación del neumogástrico se traduce por la tos, que a veces tiene igual carácter que en la tos ferina, por los vómitos y por la disfagia. También es característico este último síntoma, que puede adoptar la modalidad de la hidrofo-bia. En el momento de la deglución sienten los enfermos detrás del esternón una sensación de desgarró, de quemadura, a veces como si los atravesasen con un clavo y quisieran aproximar el esternón a la columna vertebral. Por eso la sola vista de los líquidos cuya deglución provoca este síntoma con mayor intensidad produce horror a los enfermos. Este síntoma se ha atribuido a la irritación del neumogástrico, del frénico o a la compresión directa del esófago. Este último factor no puede ser cierto sino en algunos casos, porque en otros se ha observado en pericarditis secas, en las que, por lo tanto, no había compresión posible. Se ha señalado también el hipo a consecuencia de la irritación del frénico y, a veces, una afonía que es efecto de la compresión del recurrente.

existe, cualquiera que sea su causa. Sin embargo, esta compresión de la vena cava superior no llega nunca al extremo de producir el edema en pelerina. La cara del enfermo suele estar pálida y pocas veces cianótica. De cuando en cuando se encuentran en las pericarditis con derrame dos síntomas que se pueden interpretar como efecto de la compresión de la vena cava inferior, y son el aumento de volumen del hígado y el edema de los miembros inferiores. Ciertamente que también pueden ser consecuencia de la insuficiencia cardíaca y hasta, en lo que se refiere al aumento de volumen del hígado, efecto de la propia infección que determinó la pericarditis. En no pocos casos la auscultación de la base del pulmón izquierdo, sobre todo por detrás, demuestra la existencia de síntomas de congestión pulmonar o de pleuresía. Estos síntomas se deben a la atelectasia pulmonar. Si se tiene medios de hacer una exploración radioscópica, resulta un complemento muy interesante de las de más exploraciones. Los caracteres que presenta la sombra son los siguientes: Aumento considerable de la sombra cardiopulmonar, especialmente en el sentido transversal; esta sombra tiene forma de bóveda, ligeramente allanada de arriba abajo y con su base descansando sobre el diafragma, puesto que el pedículo vascular se presenta muy corto y la sombra de la bóveda se desprende de él en línea horizontal, especialmente hacia la izquierda. Los latidos que normalmente se observan en dicha sombra han desaparecido. En el niño, y en condiciones favorables, se puede hacer la diferencia entre la sombra que produce el corazón y la penumbra, que se debe exclusivamente al líquido que se encuentra en el pericardio. En cambio, cuando el derrame es poco abundante, los caracteres de la sombra se aproximan mucho a los de la que produce una dilatación cardíaca, puesto que se trata de una sombra aumentada, un poco globulosa y con latidos débiles.

La pericarditis con derrame da lugar en algunas ocasiones a la muerte del sujeto a consecuencia de la insuficiencia cardíaca aguda que se produce por la compresión del corazón, y a veces por las complicaciones endocárdicas

En el caso de la pericarditis seca, el signo físico por excelencia es el frote pericardíaco que se percibe por la auscultación. Al iniciarse la pericarditis las dos hojas de la serosa se encuentran solamente hipereimiadas; pero como sus superficies son lisas y se encuentran lubricadas por el líquido pericardíaco, incluso un poco aumentado de cantidad, no producen ruido alguno. Pero en cuanto dichas hojas se cubren de exudado fibrinoso, se hacen rugosas, y por tanto, el deslizamiento de la una sobre la otra determina el ruido que se conoce con el nombre de frote pericardíaco. Cuando el exudado, que tiene un color amarillento rojizo, es discreto, solamente se manifiesta en que la superficie del pericardio adquiere un aspecto aterciopelado, pero cuando aumenta de cantidad se parece al aspecto que presentan dos tostadas que tras de haber estado apoyadas la una sobre la otra por la parte embadurnada de manteca se hubieran separado.

Este ruido de frote constituye muchas veces el único síntoma físico de la pericarditis seca, puesto que la inspección y la percusión de la región precordial nada nos dicen. En cambio, puede ser significativa la inspección del abdomen, puesto que suelen haber desaparecido los movimientos que acompañan a los del diafragma, a consecuencia de la inmovilidad en que queda éste. Ahora bien, como este síntoma se presenta también en las pleuresías diafragmáticas y en los procesos dolorosos del abdomen, no es característico de la pericarditis. Las alteraciones que puede poner de manifiesto la percusión no dependen en propiedad de la pericarditis, sino de los fenómenos concomitantes de la miocarditis, de modo que son inconstantes y nada característicos. Lo mismo se puede decir del refuerzo del segundo tono pulmonar, que se presenta algunos días antes de que se perciban los frotos; es un fenómeno que se produce con frecuencia en diversas afecciones cardíacas y, por tanto, no es característico. Las primeras descripciones de estos ruidos de roce decían que eran como el crujido del cuero nuevo pero no es así.

Este carácter lo tiene algunas veces el roce pleural, pero

líquido se reduce a unos milímetros de espesor, lo que basta, sin embargo, para conseguir el gran apagamiento, y otras veces no se debe éste de un modo directo a la pericarditis, sino a los fenómenos de miocarditis o de endocarditis que existen al mismo tiempo. Lo mismo puede suceder con los frotos pericardíacos que se auscultaban en el período de pericarditis seca y dejan de oírse en el de pericarditis con derrame; sin duda basta una pequeña cantidad de líquido para separar las dos hojas del pericardio y, por consiguiente, para evitar el roce, y otras veces la intensidad de los latidos disminuye al producirse una endo o una miocarditis, y como efecto de ello es menor la intensidad del roce. Como comprobación de la poca cantidad de líquido que se interpone existen numerosos casos en que los ruidos del pericardio que se percibían en la fase de pericarditis seca se siguen percibiendo en la de pericarditis con derrame. Otras veces, si bien persisten, no se los oye en toda la extensión de la región precordial, sino solamente en los espacios segundo y tercero. Unas veces aumenta la intensidad de estos ruidos al sentarse el enfermo y otras veces disminuye. La persistencia de dichos ruidos es una verdadera suerte porque facilitan mucho la interpretación de otros síntomas que se suelen presentar. El pulso suele ser pequeño, rápido en relación con la fiebre, y muchas veces ir regular. Las lesiones de las otras partes del corazón imprimen, según su importancia, las variaciones correspondientes al pulso. Entre los síntomas más característicos por parte del pulso se encuentra el del pulso paradójico, que consiste en la desaparición de las pulsaciones de la radial durante la inspiración. No es que se presente exclusivamente en la pericarditis con derrame; aparece también en las miasthinopericarditis adherentes y en las disneas de origen laríngeo; pero puede ser muy útil para el diagnóstico de la pericarditis. Además, las yugulares se pueden encontrar distendidas; pero no se encuentra pulso venoso como no exista simultáneamente alguna lesión valvular.

Esta falta de pulso se debe a la compresión del tronco de la vena cava y se presenta siempre que esta compresión

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.



**EXTRACTO
— DE —
MALTA**

“EUMALT”

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

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



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

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL
VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

La

ANTIPHLOGISTINE

es el primer cuidado del clínico en el tratamiento de la

PULMONIA

Porque

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

La Antiphlogistine, aplicada como emplasto 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.



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 30 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 30 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 33 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 205,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 31,00
» con porta-irrigador.....	» 72,00
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

Hemorroides

Prescriba los Supositorios

Anusol-Goedecke

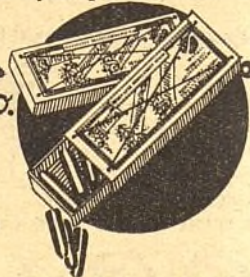
El Anusol-Goedecke reblandece las masas excrementicias endurecidas y hace posible una defecación agradable.

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 sustancia narcótica, pudiendo ser usado en todo momento, lo mismo por adultos que por niños.

Goedecke & Co.
Leipzig-S.3



Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:

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

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

13 II-1932

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

El sepulcro de un rey francés en Viena

Todo extranjero, aun cuando sólo permanezca pocos días en Viena, conoce el encantador barrio de Döbling, situado en medio de amplios parques y jardines. El Kahlenberg, Leopoldsberg y Kobenzl, estos típicos signos de la ciudad

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

de Viena de fama mundial, miran directamente a Döbling, formando de tal modo la frontera externa de esta ciudad de jardines. En las pendientes del Wienerwald, que se internan hasta el centro de este barrio, crece y madura en pleno sol el más magnífico vino—se sabe, pues, que la región de Grinzing pertenece también a Döbling—; por eso no es nada extraño que, justamente aquí, en medio de la espléndida naturaleza y de los fertilísimos viñedos, naciera una gran cantidad de estos locales, en los que se bebe el vino nuevo, y que se llaman «Heurigen»; son muy concurridos, no solamente por los vieneses, sino también por los extranjeros que quieren conocer la vida y la alegría de Viena. Döbling es el más conocido sitio de las diversiones en el «Heurigen». Cada tarde hasta la noche se oye aquí música vienesa, canciones y diversiones de Viena. En muchas casas de Döbling se encuentran placas que recuerdan a los célebres hombres que vivieron allí, como Beethoven, Grillparcer, Schubert, etcétera, los que enormemente enriquecieron con su arte, no solamente a Viena, donde trabajaban, sino también a todo el mundo civilizado.

Cerca de tal local del «Heurigen Rokenbauer», existe en Döbling un convento de la Orden de los Carmelitas Descalzos; es un gran edificio de estilo moderno, cuyos habitantes, como lo prescriben las severas reglas de la Orden, se han retirado completamente del

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: Mantiquerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 58.

mundo. La Orden de los Carmelitas Descalzos es una Orden romana, que tiene cuatro asientos en Austria, en Baviera diez y en Italia hasta cien. Los padres y curas de esta Orden se han dedicado completamente a la beneficencia.

Desde la guerra yace en este tranquilo convento el sarcófago del rey francés Carlos X. El rey murió en el año 1836 en Görz y fué enterrado en el cementerio de los Franciscanos en Casognevizza. La emperatriz Zita ordenó el traslado del ataúd a Viena, cuando los italianos dispararon fuertemente contra el cementerio y lo destruyeron seriamente. En las catacumbas del convento yacen todavía siete muertos de la familia de los Borbones, los que, al mismo tiempo se llevaron a Viena. Carlos X, como se sabe, era hermano de Luis XVI, salió de Francia en el año 1789 y ascendió en 1824 al trono de Francia, como sucesor de Luis XVIII. Figura en la Historia como conquistador de Argelia. Después de la gran revolución del mes de Julio de 1830, renunció a favor de su nieto, el conde Chambard, cuya subida al trono no se realizó a consecuencia de la revolución de Julio. Carlos X no volvió más a Francia: vivió primero en Inglaterra, luego en Fraga y terminó su vida en Görz. El hecho de que un rey francés encontrara su postrer descanso en Viena era conocido hasta ahora solamente de pocos vieneses;

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

el extranjero no sabía quizás absolutamente nada del actual sepulcro del rey francés. El Centenario de la dominación francesa sobre Argelia despertó el recuerdo de Carlos X, bajo cuyo reinado se realizó la conquista de ese país para Francia.

ALFA Y OMEGA

Cabe la vida entera en un soneto empezado con lánguido desasido, y, apenas iniciado, ha transcurrido la infancia, imagen del primer cuarteto.

Llega la juventud con el secreto de la vida, que pasa inadvertido, y que se va también, que ya se ha ido, antes de entrar en el primer terceto.

Maduros, a mirar ayer tornamos añorantes, y, ansiosos, a mañana, y así el primer terceto malgastamos.

Y cuando en el terceto último estamos, es para ver con experiencia vana que se acaba el soneto... y que nos vamos.

MANUEL MACHADO.

QUIEN SE OPONE a la experiencia no es digno de disertar sobre la ciencia.

DU BARTAS.

UNA MENTE sana proviene de una experiencia bien digerida.

CLIFFORD ALLBUTT.

Una LIBRERÍA MÉDICA bien surtida de obras nacionales y extranjeras: R. Chena y C.^o, Atocha, 145, Madrid.

EL APLAUSO

Siempre que he visto aplaudir, me he quedado pensativo; no es para menos; una, diez, cien, mil o miles de personas que, ruda y enérgicamente, lanzan sus manos una contra otra para demostrar un sentimiento: la admiración.

¿Qué relación puede haber entre un sentimiento y el ruidoso signo con que se expresa?

Cuando estudié esta cuestión ya sabía que esto de los signos eran cosas convencionales, pero quería saber por qué se convino en la convención de usar ese convenido signo convencional.

Tras mucho dormir, poco velar, y algo consultar las ideológicas escrituras orientales, vine a sentar las siguientes conclusiones:

Que hay dos teorías para fundamentar el aplauso: la de los frigoríficos y la de los belicosos. Los frigoríficos aseguran que el origen del aplauso se debe a que la primera función que se representó fué una tragedia: el protagonista bueno, al ser matado por el malo, dijo al final del segundo acto con voz desgarradora: ¡ay, mi madre! el público, del espanto, se quedó helado, y para entrar en reacción se frotó y golpeó las manos. El aplauso es, pues, según esta doctrina, una consecuencia del profundo principio térmico: cuando tengo frío me caliento las manos.

Los belicosos también explican y dan fundamentos a su teoría. ¿No han tenido nunca al lado en algún espectáculo,

GOTAS SANGUINEAS

ROYEN

Peptonato de Hierro, Cuasía y Strophantus.

dicen, al señor maduro y nervioso (a veces viudo) que al ver algo notable, grita, les agarra y les zarandea y sin que ustedes nada le pregunten él les contesta: Sí, señor, ¡admirable, grandioso! Pues en los primeros tiempos

todos los hombres eran así, y con el fin de poner remedio a esto se acordó que cada espectador descargase su admiración sobre sí mismo. Al llevar a la práctica esta común determinación, se pudieron observar dos tendencias: unos manifestaban su admiración dándose puñetazos en la cabeza; otros, aplaudiendo. Por razones fáciles de comprender predominó y finalmente se impuso esta última forma.

Esto es lo que la ciencia ha considerado notable en esta cuestión. Mas que dan otras que tratar, que si hay ganas, y el asunto resulta interesante, pueden irse exponiendo.

LUIS BURGOS

STROPHANTUM

PALLARÉS

XV gotas contienen $\frac{1}{3}$ miligramo de Estrofantina.

EL GENERAL PAU

(1848 - 1932)

La Cruz Roja francesa y la Cruz Roja Internacional están de luto.

El general Pau, presidente de la Sociedad de Socorros a los Heridos Militares, presidente del Comité Central de la Cruz Roja francesa, vicepresidente del Consejo de Gobernadores de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, falleció el 2 de Enero en el Hotel de la Cruz Roja en París.

Nacido el 29 de Noviembre de 1848 en Montelimar, Pablo María César Gerardo Pau llevó a cabo brillantes estudios militares. Gravemente herido en la batalla de Froeschwiller en 1870, le amputaron la mano derecha y a pesar de esta semiinvalidez continuó sirviendo a su país ejemplarmente sin abandonar su carrera. En 1914 se le otorgó un alto mando en el frente francés y luego misiones importantes que asumió durante la gran guerra.

A comienzos del año 1918, el general Pau aceptó la presidencia de la Sociedad de Socorros a los Heridos Militares y al mismo tiempo la presidencia del Comité Central de la Cruz Roja francesa.

A sus nuevas y delicadas tareas llevó el eminente jefe militar las mismas cualidades de método y de abnegación de que había dado pruebas en los sucesivos ascensos de su carrera militar.

Si consagraba particular atención a

JARABE ALMERA

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

los deberes que corresponden a la Cruz Roja como auxiliar de los servicios de sanidad de los ejércitos, tuvo también cabal conciencia de la importantísima misión que a aquélla le incumbe en la organización y desarrollo de sus actividades en tiempo de paz. Bajo el impulso de su presidente, la Cruz Roja francesa ensanchó sin cesar su programa de acción en favor de los enfermos, los débiles y de los desheredados.

Pudo más todavía la irradiación del espíritu claro y equilibrado del general Pau: allende las fronteras influyó eficazmente en las relaciones de las organiza-

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

ciones de la Cruz Roja en el dominio internacional.

Colaborador abnegado y consejero eminente del Comité Internacional y de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja, el general Pau puso siempre a disposición de ambos organismos internacionales su larga experiencia de los hombres y su exquisita bondad para con todo el mundo.

Delegado por la Cruz Roja francesa al Primer Consejo General de la Liga, contribuyó al desarrollo de esta última, asumiendo el cargo de vicepresidente de la misma en 1928.

Con respeto y emoción vivísima se inclina hoy la gran familia de la Cruz Roja ante el ilustre jefe. Quedará grabado en la memoria de todos el ejemplo del gran ciudadano francés, del noble filántropo que hasta las últimas horas de su vida consagrada al deber y a la bondad, no omitió esfuerzo para servir el hermoso ideal de la Cruz Roja.

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

Contra las neuralgias aconseja CEREBRINO MANDRI

Para suprimir los accidentes de automóvil.

—¡El precio del progreso! ¡El precio del progreso! Se dice en seguida, y es todo lo que sabéis decir en presencia de los accidentes y catástrofes que la miserable humanidad sufre por causa de las máquinas, de los caminos de hierro y de los automóviles. Y tú también, al que yo creía más inteligente que los demás, lo repites, te llenas la boca con tus fórmulas sin sentido, que dispensan de obrar, de buscar, que impiden encontrar los medios para que el progreso se realice sin ningún precio. ¿El progreso? Vosotros hacéis de modernos minotauros, resignándoos a ver devorar las víctimas. Nadie piensa en ser el Teseo, nadie..., nadie..., ¡salvo yo!

Así me hablaba ayer mi amigo Mazergues, el inventor de los anteojos verdes para las vacas, cerebro siempre en ebullición, que tiene el delirio del descubrimiento. Yo me guardé de interrumpirle, porque sé que no gusta de las interrupciones cuando su genio le inspira. Continuó:

—¡Miral, ¡precisamente!, los accidentes del automóvil. ¡Me hacen reír mucho todos estos reglamentos de la circulación, esos códigos de ruta, esas advertencias al peatón y aun los permisos para conducir! ¡Ha suprimido todo esto los accidentes? ¡Vamos! ¡Respóndeme! Estás ahí como un pasmarote, sin decir nada.

Yo repliqué bastante escéptico:

—¿Pueden suprimirse los accidentes de automóvil?

Dió un salto.

—¿Si se puede? ¡Y lo preguntas! ¡Ya lo creo que se puede! Yo lo puedo, yo soy capaz de ello. Hace seis meses que tú no me has visto, ¿no? Nadie me ha visto, por la misma causa. Trabajaba, buscaba el secreto y le he encontrado. Ven conmigo.

Llamó un taxi, dió una dirección de las afueras y me llevó consigo. Al llegar me hizo entrar en un hangar bas-

Testogan^{marc}

"Henning"

Neurastenia sexual, Impotencia etc.

tante espacioso, donde había dos automóviles. Uno era un torpedo cualquiera. ¿El otro? ¡Ah el otro! ¿Cómo describirle? Estaba recubierto como una monstruosa tortuga, con un techo que desbordaba hacia adelante y hacia atrás, deslizándose en pendiente hasta el suelo.

—Admira mi invención—me dijo—, maravíllate ante mi genio. ¡Y qué sencillo es! Sobre el auto que ves he puesto dos rampas que unen con el camino. ¿Otro auto que venga a mi encuentro va a embestirme? No. Sube por delante, rueda por el techo y desciende por detrás. No es posible el accidente. No hay más que un inconveniente. Durante los cinco segundos que tarda en franquear el puente de mi coche—que marcha también, pero en sentido contrario—no ha avanzado, y toca en el suelo en el mismo punto donde le ha dejado.

—Es gracioso—dije.

—Desde luego—afirmó—. Pero tú me conoces. Yo no detesto el detalle divertido al lado de las invenciones más austeramente científicas y bienhechoras.

Hizo una pausa. Después:

—Tú sabes conducir, me parece. ¿Quieres que experimentemos mi descubrimiento? Yo me pongo en el volante de mi tortuga, tú tomas el torpedo; vamos al encuentro uno de otro y tú me pasas por encima.

—No, querido; hoy no—respondí—,

R. Chena y C.^o, Atocha, 145, Madrid. Pida todos los libros de Medicina que desee.

no me siento hoy con fuerzas para esto.

—¿Acaso crees que mi plancha que forma puente no es bastante sólida? ¿Tienes miedo de aplastarme? Pues bien: toma tú la tortuga y yo manejaré el torpedo.

—¡Vas demasiado lejos! Estás engañado. Hay un lado del problema que tú no has visto—le dije yo por evitarme la prueba—. Veo que suprimes el cho-

SIGUE A LA PÁGINA XX

FOLICULINA MENFORMON



OVOWOP

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.



Recto-Serol

SUERO-HEMORROIDAL-MERZ

lo mejor contra las

Hemorroides

WALTER ROSENSTEIN, S^{uc}.
BARCELONA - APARTADO 712

Merz

CHEM. FABRIK
MERZ & CO
FRANKFURT AM MAIN
WIEN

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Divulgaciones científicas de actualidad: La llamada diabetes renal, por el Dr. Federico González Deleito. Consideraciones sobre dos casos de alergia tuberculosa, por Federico Peco. Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso, por Pedro A. Nouvilas. Sesiones clínicas. Bibliografía. Periódicos médicos.

DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE ACTUALIDAD

LA LLAMADA DIABETES RENAL

POR EL

DR. FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Teniente coronel de Sanidad Militar.

No ha sido cosa fácil llegar a la concepción de que glucosuria no es sinónimo de diabetes. Pero también es cierto que siempre los clínicos han sido refractarios a estimar iguales todas las glucosurias, y siempre se venía a distinguir entre diabetes graves y diabetes constantemente leves, compatibles con transgresiones de regímenes y que no ponían en serio peligro la vida de los enfermos.

Sin embargo, en ese grupo de diabetes leves se confundían y entremezclaban las diabetes insulares leves, las llamadas hoy día diabetes renales, y, en general, todas las glucosurias extrainsulares, cualquiera que fuera la causa que las provocara. A sostener esta confusión contribuía no poco lo mal que se conocían y que aún se conocen las diabetes extrainsulares, sobre todo en su etiología y patogenia.

Fué muy a fines del siglo pasado cuando Lepine, en Francia, y Klemperer, en Alemania, daban a conocer casos de glucosurias en los que se daba el sorprendente hecho de existir glucemia normal. Como Klemperer viera que en su caso coexistían glucosuria y albuminuria, atribuyó la primera a un trastorno del riñón que dejaba pasar indebidamente un azúcar que debiera retener, y bautizó la enfermedad con el nombre de diabetes renal. Casi al mismo tiempo, los franceses, al estudiar estos casos los achacaron también a un descenso de la capacidad del riñón para retener el azúcar del suero y la denominación quedó consagrada. Hoy día sabemos que son raras las diabetes renales con albuminuria, y no todos están conformes con cargar sobre el riñón la culpa de su existencia, pero se mantiene el nombre y, a falta de otro mejor, con él designaremos la enfermedad.

Caracterízase ésta, según Falta, por siete cualidades, que son:

Glucemia normal.

Glucosuria moderada y no constante.

Carácter paradójico de la glucosuria; es decir, independencia de ésta de la cantidad de hidrocarbónidos ingeridos.

Resistencia a la insulina.

Curso benigno y no progresivo.

Ausencia de los síntomas propios de la diabetes; falta de acidosis.

Carácter familiar y hereditario de la enfermedad.

De todos estos caracteres, el más importante es la normalidad de la glucemia y, más aún, la normalidad en el metabolismo de los hidratos de carbono.

Sabido es que el organismo dispone de finos mecanismos reguladores que en todo momento le aseguran la constancia de la composición de su medio interno. Los bruscos aportes de grandes cantidades de cualquiera de los componentes de la sangre alteran poco, y sobre todo por poco tiempo, la composición de ésta. El azúcar no es una excepción a esta regla, y la glucemia, aunque distinta para cada individuo, oscila siempre en límites muy estrechos, siendo en el hombre en ayunas igual a 0,90-1,15 miligramos por 100. Las comidas elevan transitoriamente estas cifras en proporción a la cantidad de hidratos de carbono ingeridos, pero el exceso de éstos en la sangre excita la secreción interna del páncreas, se exagera la glucólisis y pronto descienden los valores, no sólo a la normalidad, sino por debajo de la normalidad. A la hiperglucemia provocada sucede una hipoglucemia más o menos intensa, según la violencia con que el páncreas haya respondido a la hiperglucemia provocada. Esta segunda fase es breve de ordinario y pronto vuelve la glucemia a sus valores primitivos.

Estas reacciones fisiológicas se han utilizado como pruebas para medir la capacidad funcional de la secreción interna del páncreas. Relativamente fáciles de ejecutar donde haya un laboratorio medianamente surtido, los médicos que tratan diabéticos o presuntos diabéticos deben investigarlas para poder formar jui-

cio exacto de la gravedad de la dolencia, si es que ésta existe. Para ello se procede así: Después de haber sometido al enfermo a una alimentación sensiblemente igual durante pocos días, se determina su glucemia en ayunas. Se le hace ingerir entonces una cantidad dada de glucosa—de 50 a 100 gramos—y se repiten las valoraciones de la glucemia cada media hora, hasta que vuelva a su valor primitivo. Una persona normal presenta un máximo de glucemia aproximadamente a la hora, y luego un brusco descenso, casi siempre más rápido que el ascenso. Las cifras máximas casi nunca llegan a 200 miligramos por 100; los límites mínimo y máximo son 180 y 220 miligramos por 100. La línea ascendente de la glucemia, la descendente y la horizontal que señala el tiempo forman un triángulo. El área de este triángulo está en razón inversa de la capacidad funcional del páncreas. Cuando aquélla está disminuida, la cifra máxima de la glucemia es más elevada, rebasa los 250 miligramos muchas veces y la vuelta a la normalidad es más lenta. El triángulo tiene un área mucho mayor; esto es lo que ocurre en los diabéticos, con tanta más intensidad cuanto más grave sea la enfermedad. Staub y Trangott han modificado esta prueba. Previa la misma preparación del enfermo le suministran en ayunas, con intervalos de una hora, tres dosis de 30 gramos de glucosa. En un sano, sólo la primera determina hiperglucemia, pues la excitación que determina sobre el páncreas basta para que su hipersecreción contrarreste y destruya el exceso de glucosa aportado con la segunda y tercera dosis. En un diabético corriente hay tres ascensiones más o menos señaladas.

Para hacer más completa la prueba se recurre a determinar la relación entre el azúcar de la sangre de los capilares y el de sangre de las venas. De ordinario, la glucemia es mayor en la primera que en la segunda, y después de las pruebas de ingestión de glucosa, en los sujetos normales se acentúa esta diferencia mientras que en los afectos de diabetes insular más bien disminuye.

En cuanto a la causa de esta hiperglucemia consecutiva a la ingestión de glucosa, las opiniones andan algo desacordes: para unos el hígado, sorprendido por la llegada brusca de grandes cantidades de azúcar, la deja pasar a la sangre sin retenerla; otros, por el contrario, creen que esa glucosa ingerida es un excitante del hígado que moviliza su glucógeno. El azúcar que pasa a la sangre sería azúcar procedente del hígado y no el ingerido. El que por causas psíquicas se produzcan hiperglucemias debidas a movilización del glucógeno hepático—por ejemplo, la de los aviadores antes de emprender un vuelo—da cierta verosimilitud a esta última hipótesis.

Ahora bien, mientras que en las glucosurias diabéticas debidas a insuficiencia insular la prueba de la ingestión de glucosa determina todas las alteraciones que hemos reseñado, en las llamadas diabetes renales, y en general en todas las glucosurias extrainsulares los resultados son, exactamente iguales a los

que se observan en los sanos, lo que prueba, al parecer, que el metabolismo de los hidrocarbonados y la regulación del azúcar es completamente normal.

Fácil de interpretar esta prueba en los casos aún no sometidos a tratamiento, pueden cometerse errores por el médico en los casos tratados hace tiempo y en los que no se han disipado las dudas respecto a la exactitud del diagnóstico. Por una parte, en los diabéticos insulares leves sometidos a un tratamiento juicioso y que han usado y quizá abusado de la insulina, ocurre que la tolerancia para los hidratos de carbono se ha elevado de tal modo que la glucemia en ayunas es normal o por lo menos linda con los límites máximos de lo normal, y la ingestión de glucosa es bastante bien tolerada y da resultados difíciles de interpretar. Por otro lado, cuando un diabético extrainsular se ha diagnosticado erróneamente y se le sometió por largo tiempo a una dieta desprovista casi de hidrocarbonados, la ingestión de glucosa provoca una hiperglucemia más alta de lo debido—cosa que también se observa en el adulto sano sometido a la misma dieta—y pudiéramos incurrir en error al interpretar el resultado. Por ello recomiendan los clínicos atender, más que al grado de hiperglucemia provocada, a la rapidez con que desaparece para dejar paso a la hiperglucemia reaccional. Las caídas bruscas son indicio de normalidad en el metabolismo hidrocarbonado, las lentas revelan una insuficiencia insular.

Consecuencia de esta regulación normal de los hidrocarbonados es la independencia de la glucosuria de la dieta alimenticia y de la administración de insulina. Si las personas normales poseen un aparato de autorregulación para conseguir la constancia del medio interno frente a los probables intentos de modificación y por ello mantienen su glucemia dentro de ciertos límites, cualquiera que sea la dieta y aun en el caso de que se produzca artificialmente hiperinsulinismo, lo mismo ocurrirá en estos enfermos; las modificaciones de hiper o hiperglucemia por ingestión de hidrocarbonados o inyecciones de insulina sólo provocan efectos transitorios y pasajeros; y aunque no hay duda de que en las diabetes extrainsulares existen ciertas relaciones entre glucemia y glucosuria, al mantenerse relativamente fija la primera, no obstante las diferencias de dieta y el aporte de insulina, persiste la constancia de la segunda. No hay, como quiere Umber, insulinoresistencia, sino simplemente regulación normal frente al hiperinsulinismo.

De todos modos, cuando el mecanismo que regula la eliminación de azúcar por el riñón es casi normal o es demasiado lábil, se observan algunas relaciones entre alimentación y glucosuria. Mahler y Rischawy han descrito recientemente un caso de diabetes renal en el que la glucosuria sólo se observa después de la comida del mediodía, y en las glucosurias de las embarazadas no es raro que cuando se provocan grandes glucemias se intensifique la glucosuria.

La falta de otros síntomas diabéticos, tales como



RESYL

"CIBA"

Eter glicero-guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Fascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona



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

polifagia, polidipsia, poliuria, adelgazamiento, astenia y, desde luego, de las desagradables complicaciones de pruritos, eczemas, etc., es casi constante. Sin embargo, en los casos graves puede observarse adelgazamiento y adinamia. H. Rau describió no hace mucho el caso de una niña de siete años enferma de diabetes renal que eliminaba 50 gramos diarios de azúcar, cantidad ya elevada en un adulto y extrema en los niños. La enfermita estaba siempre cansada, inapetente y tenía mal estado nutritivo: la glucemia en ayunas era casi constantemente de 0,8. La prueba de la ingestión de 50 gramos de glucosa dió resultados normales, cual correspondía a la enfermedad diagnosticada. Pero, aparte de estos casos graves, lo ordinario es que el enfermo ignore su diabetes. Sólo cuando se han cometido errores diagnósticos y se sometieron a una dieta desprovista de hidrocarbonados y quizás insuficiente por creer el médico que se trataba de una diabetes melitus, es cuando se observan los adelgazamientos y las adinamias, que una dieta apropiada hacen desaparecer pronto y bien.

Se ha querido dar carácter hereditario a esta enfermedad, pero el caso es que no son los más los casos en que se recogen antecedentes familiares. Los franceses han insistido en la coincidencia de diabetes renales con la albuminuria ortostática y con algunas otras dolencias, sin que tampoco se hayan dado pruebas decisivas de ello. Lo que no son raras son las coincidencias en una misma familia de casos de diabetes insular y de diabetes renal, lo que ha sido explotado por los que ven una relación más o menos remota, pero real, entre ambas enfermedades.

¿Cuál es la causa de esta enfermedad? Casi todos los clínicos franceses y buena parte de los de otros países atribuyen esta diabetes a un defecto de funcionamiento del riñón, de ahí el nombre de diabetes renal. Para que una sustancia cualquiera pueda ser eliminada por este órgano es preciso que alcance cierta concentración en la sangre. Para el azúcar este límite se encuentra de ordinario más alto que el de la glucemia normal; incluso en las máximas oscilaciones de ésta no aparece el azúcar en la orina, y todos sabemos, además, de verdaderas diabetes insulares sin glucosuria y con glucemia anormalmente elevada y en las que son frecuentes ciertas complicaciones como pruritos, eczemas, etc. También es conocido el hecho de que este límite o dintel no es constante y en los casos de sobrecarga anormal de hidrocarbonados provocada artificialmente por la ingestión de glucosa se observa que mientras durante la máxima altura de la glucemia así provocada el riñón no deja pasar azúcar, en cambio, es permeable para la misma en la fase de descenso. Se ha visto además que para que se elimine azúcar por la orina la glucemia debe permanecer elevada anormalmente durante cierto tiempo. Por último, se ha comprobado que las nefritis crónicas dificultan el paso del azúcar desde la sangre a la orina y que ciertas alteraciones transitorias o permanentes del equilibrio vagosimpá-

tico, sobre todo la simpaticotomía, elevaba también el dintel del riñón para la filtración del azúcar.

Según las teorías corrientes de la secreción renal, el azúcar filtraría, a través de los glomérulos, en la misma proporción que se encuentra en la sangre, y las células de los tubuli la reabsorberían siempre que no estuviera en una concentración mayor de 160 a 180 por 100. Para que se observara diabetes renal sería precisa una incapacidad funcional de las células de los tubuli. Esta incapacidad no debe ser de origen destructivo, no se debe tratar de una nefrosis, pues faltan todos los restantes síntomas de éstas; debe tratarse de lo que con más o menos propiedad se llama trastorno funcional.

Mas esta insuficiencia funcional se provoca con bastante frecuencia por un estado fisiológico, pero de equilibrio orgánico bien inestable: me refiero al embarazo. Son muchas las embarazadas, sobre todo primíparas, con diabetes extrainsular. Para Umber, el riñón no tiene que ver nada en estas diabetes ni tampoco el páncreas. Sería una glucosuria irritativa provocada por la excitabilidad exagerada del sistema simpático que regula la formación de azúcar en el hígado. El origen de las vías de excitación, que a través de los filetes esplánicos del simpático llegan hasta el sistema cromafine, se encuentra en los pequeños grupos de células del núcleo vegetativo de la medula oblongada, razón por la que son excitables por influencias psíquicas que actúan sobre los centros nerviosos. Mediante el paso a la sangre de grandes cantidades de adrenalina, provocado de aquel modo, se intensifica la movilización de azúcar en el hígado. Probablemente—sigue diciendo Umber—se produce también, en esta forma de glucosuria extrainsular, una forma estereoisómera de la dextrosa normal de la sangre, forma de azúcar que pasa a través del riñón con mayor rapidez y facilidad que la dextrosa normal, y por ello se elimina antes de que aparezca una hiperglucemia de alguna consideración. Esta glucosuria oscila por la influencia de factores psíquicos.

Las embarazadas no glucosúricas presentan muchas veces una eliminación urinaria de cuerpos acetonicos, indicio, probablemente, de una defectuosa fijación del glucógeno en el hígado durante el embarazo. Umber la llama *diszooamilia gravidarum*. Este hecho parece indicar que hay alteración constante, durante el embarazo, de la función glucogénica y de movilización de azúcar por el hígado.

Por estas razones admite Umber en las glucosurias extrainsulares de las embarazadas dos síntomas que no aparecen en las llamadas diabetes renales puras; a saber, la coincidencia de acetonuria y de glucosuria (la acetonuria sería más constante en aquellas que la glucosuria) y la elevación de la glucemia en ayunas, que puede llegar a 150 miligramos por 100. En esto disiente Umber de la opinión de Escudero, para quien toda diabetes de embarazada con 130 de glucemia en ayunas es indudablemente una diabetes insular.

Estas glucosurias desaparecen después del parto para reaparecer en nuevos embarazos; cada vez persisten algún tiempo más que en el embarazo anterior, pero nunca evolucionan a una diabetes melitus, verdadera o insular.

Tampoco es rara la glucosuria transitoria en ciertas mujeres normales durante los días que preceden al período. Experimentalmente se ha comprobado lo mismo en las perras preñadas, observándose, además, que la extirpación del ovario basta para suprimir la glucosuria, y que, trasplantando ovarios de perras preñadas a otras que no lo estén, se logra provocar en estas últimas la diabetes. Parece, por lo tanto, que en estos casos—y probablemente también en las mujeres embarazadas con diabetes extrainsular—se trata de una alteración primitiva de las secreciones internas del ovario, tal vez del cuerpo lúteo. Si este trastorno repercute directamente sobre el riñón, disminuyendo su capacidad para retener azúcar, o si el mecanismo productor es otro, es cosa que en la actualidad ignoramos.

Otra causa capaz de provocar glucosuria sin hiperglucemia es la intoxicación por la floridzina. Aquí, según Paulsson, se trataría sencillamente de una incapacidad absoluta de los tubuli para reabsorber el azúcar, y éste aparecería en la orina con la misma concentración que tiene en el líquido filtrado a través del glomérulo. Una cosa parecida ocurriría en las intoxicaciones por los metales pesados; pero en estos casos se observan otros síntomas de alteración material de las células renales, lo que no ocurre en la llamada diabetes renal.

Otros trastornos hormonales son capaces de provocar glucosurias sin hiperglucemias, y entre ellos merece citarse especialmente el hipertiroidismo. Para von Noorden y otros, el tiroides intervendría en la regulación del metabolismo del azúcar por intermedio del páncreas; pero Rabinowitch, en un reciente trabajo, niega esto y afirma que la glucosuria hipertiroidica no está condicionada por una hipofunción del páncreas, como lo prueba el elevado cociente respiratorio de estos enfermos durante la prueba de la ingestión de glucosa y el carácter paradójico de la ilimitada tolerancia de los hipertiroides glucosúricos para los hidratos de carbono, que es uno de los síntomas más característicos de la diabetes renal.

Tal vez por eso propuso Frank hacer dos grupos con estas diabetes: uno de diabetes renales puras, en las que sólo es patológica la permeabilidad renal, y otro que llama diabetes neurorrenales, en las que existe como fondo una lesión pluriglandular. En estas últimas los síntomas serían menos precisos, y en ciertos casos el diagnóstico diferencial con las diabetes pancreáticas sería dudoso y difícil. A este grupo de diabetes neurorrenales pertenecería la diabetes de las embarazadas. En unas habría que buscar la causa en una alteración idiopática de las células de los tubuli, y en otras, en un trastorno funcional de las mismas por alteraciones primarias neuroendocrinas. De todos modos queda descono-

cido hasta la fecha el mecanismo íntimo de la producción de esta dolencia.

Su pronóstico es benigno; se le ha llamado diabetes inocua para diferenciarla de la diabetes pancreática, siempre grave. Pero, si esto es verdad en la casi totalidad de los casos, existen algunos en los que la enfermedad llega a ser grave. En primer término, ya hemos visto que en las embarazadas puede coexistir con cénuria, y Umber dice haber visto un caso mortal por haberse presentado un coma en una enferma en la que el diagnóstico de diabetes renal de embarazada no presentaba duda alguna. Goteschalk y Sprinhorn hablan también de casos de diabetes renal con gran eliminación de azúcar, sin glucemia y resistentes a la insulina, en los que se presentaron síntomas de acidosis que ponían en peligro la vida del enfermo. Para comprender bien la posibilidad de que esto ocurra basta recordar que la acidosis se presenta en los sujetos normales sometidos a una dieta excesivamente pobre en hidrocarbónados, y éste viene a ser el caso en que se encuentran los diabéticos renales que eliminan grandes cantidades de glucosa. Además se ha observado que en estos pacientes la cifra de su glucosuria oscila en relación con la intensidad de su metabolismo basal y, por lo tanto, se eleva en los estados febriles. Como, por otra parte, en estos casos la dieta a que se somete a los enfermos es pobre en todo y muy especialmente en hidrocarbónados, no es raro que diabetes renales leves se transformen en graves durante el curso de una infección aguda; por ejemplo, de una neumonía.

En cuanto a las formas intermedias como las citadas por Kempmann y Broecker, con diabetes renal cuya glucosuria se modifique, siquiera sea en términos moderados, con la ingestión de hidrocarbónados, deben acogerse con cierto escepticismo. Muchas veces es difícil hacer el diagnóstico diferencial con formas de diabetes insulares leves.

Poco puede decirse acerca del tratamiento de estos enfermos. Lo más esencial es diagnosticarlos pronto y bien, no conformándose con ver glucosuria para decir que hay una diabetes verdadera. El error diagnóstico trae consigo el implantar un régimen alimenticio pobre en hidratos de carbono, que es eminentemente perjudicial para los enfermos de diabetes renal. Siendo normal en ésta el metabolismo de los hidrocarbónados, su restricción sólo tiene por consecuencia empobrecer al enfermo en estos elementos y transformar en forma grave una forma leve. Además, el saberse atacado de una enfermedad grave que requiere restricciones y privaciones para todo el resto de la vida, repercute de un modo notable en el psiquismo del enfermo, y como es indudable que las impresiones desagradables y estados de ánimo depresivos intensifican estas glucosurias, el enfermo empeora. El saber que aquello fué un error, el poder volver a las comidas normales sin restricciones de régimen, basta para obtener una mejoría pronta y notable de los pacientes. Dar insulina es un



Gardán

Insustituible en la Gripe como:

Analgésico

Antipirético

Antiflogístico

Muy eficaz en todas las afecciones febriles y enfriamientos, reumatismo muscular y articular, neuralgias y estados dolorosos de cualquier etiología.

Perfectamente tolerado en dosis elevadas y administración prolongada.



Gardán

tubo de X tabletas de 0.5 g.

Envase original

La Química Comercial y Farmacéutica

Bayer - Meister Lucius

APARTADO 280 - BARCELONA

CALCOLÉOL

ACEITE de HIGADO de BACALAO
(COMPROBADO BIOLÓGICAMENTE)
CONCENTRADO Y
SOLIDIFICADO
VITAMINAS A.B.D.
SALES de HIERRO y de CALCIO

GRAGEAS
INALTERABLES
SIN OLOR
Y EN
GRANULADOS



POSOLOGIA
Adultos: de 6 a 10 Grageas
ó 3 a 5 cucharadas de las de café
de granulados
Niños: Mitad de estas dosis
(en tres veces en las comidas)

RAQUITISMO
TRASTORNOS DEL CRECIMIENTO, DESMINERALIZACIÓN
ESPASMOFILIA - GASTRO - ENTERITIS
AVITAMINOSIS

Laboratorios de los Produits SCIENTIA D'E. Perraudin * F^o del 1^o Clase - 21, rue Chaptal - Paris (9^e)

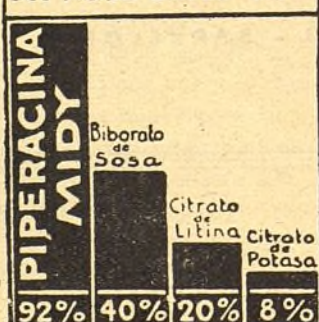
PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

"El más rico en principio activo."



Solubilidad comparada
del Acido Úrico en:



MUESTRA Laboratorios Midy.

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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

4, rue du Colonel Moll, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

le aparecen unos fuertes ataques de disnea que se van repitiendo con más frecuencia cada día, y que le impiden más tarde dormir en cama, y así desde hace año y medio que tiene que dormir en una butaca. Explorada esta enferma por nosotros, encontramos: pulso, 104; presión arterial, 14/9.

Auscultación: Soplo y respiración entrecortada en lóbulo superior y medio de pulmón izquierdo.

RX.—Infiltración biliar dominante lado izquierdo con vértices velados.

Laboratorio.—Fabreus: 22.

Fórmula leucocitaria:

Polinucleares neutrófilos	61
— eosinófilos	4
— basófilos	0
Monocitos	16
Linfocitos	19
	100

Análisis de esputos.—De dos a tres bacilos de Koch por campo.

Explorada desde un punto de vista alérgico da este resultado.

Reacciones.

Adrenalina: + — — —

Histamina: + — — —

Tuberculina: + + + +

Alimentos.

Pan: + + + +

Huevo: + — — —

Carnes: + — — —

Pescados: + — — —

Leche: + — — —

Mariscos: + — — —

Feculentos: + — — —

Verduras: + — — —

Bacterias.

Friedlaender: + — — —

Catarralis: + — — —

Pneumococo: + — — —

Estreptococo: + + — —

Estafilococo: + + — —

Pfeiffer: + — — —

Polen.

De Primavera: — — — —

Otoño: — — — —

Verano: — — — —

Otros alérgenos.

Lana de su colchón: — — — —

Encontramos, pues, en este caso una sensibilización dominante a la tuberculina y al extracto de pan.

¿Qué enseñanzas nos aportan estos dos casos?

Nuestro primer enfermo lo consideramos como un enfermo tuberculoso antiguo; si observamos su historia vemos que desde hace varios años tose y expectora y que quizá por las rudas faenas del campo estuviese ésta en actividad, ya que él cuenta que tosía y expectoraba más que ahora.

En estas condiciones el enfermo llega a la corte; hace una vida de relativo reposo; el clima de Madrid más apropiado para los procesos fímicos; la alimentación más rica en proteínas, y sobre todo grasas, son todas ellas condicio-

nes que hacen indiscutiblemente mejorar las lesiones fímicas que padece este enfermo.

Al mejorar sus lesiones y por el hecho ya indicado de la incompatibilidad de la personalidad alérgica con lesiones tuberculosas graves, el enfermo se transforma en un alérgico.

¿Cómo se sensibiliza entonces?

Ante una atmósfera como la de los locales cerrados de la corte, ricas en alérgenos se le desencadena su primer ataque de asma, es decir, fué un alérgeno atmosférico de éstos el que hizo la sensibilización de fondo, y que fué de este tipo el alérgeno que sensibilizó primitivamente lo prueba la reacción todavía ligeramente positiva a éstos.

El enfermo se aleja entonces de estas atmósferas — pero él ya es un asmático y dentro de sí lleva proteínas capaces de desencadenar su ataque—; son los productos procedentes de su foco tuberculoso, no hay necesidad de ponerse en contacto con otros para desencadenar su asma; además, ya es bien sabido la enorme frecuencia con que cambian estos enfermos de proteína sensibilizante, y es entonces cuando se sensibiliza a las proteínas procedentes de su foco tuberculoso.

Que este enfermo está sensibilizado a estas proteínas, lo demuestra el que tiene una reacción fuertemente positiva a la tuberculina y el que un tratamiento por ésta ha curado completamente a este enfermo.

El segundo caso es a nuestro juicio bastante diferente en esta enferma que desde hace años padece una tuberculosis; es tratada por competente especialista de pulmón como tal por cura de reposo, sobrealimentación, etc., y es entonces y sólo entonces cuando aparece en ella el ataque de asma, causado seguramente por las proteínas procedentes de su foco tuberculoso, a juzgar por la circunstancia de que éstos son constantes, no guardan relación con la alimentación ni con los cambios de estación, ni cambiando de domicilio ni con nada que podamos sospechar una sensibilización a otra proteína; pero indudablemente se sensibiliza a otra proteína como se demuestra por la reacción fuertemente positiva al pan.

Es tratada la enferma por desensibilización a éste y mejora mucho, pero al poco tiempo reaparecen sus ataques; entonces es tratada por tuberculina y la enferma puede dormir echada en cama y hacer las faenas propias de la casa que desde hacía años le era de todo punto imposible.

Es, pues, un caso de sensibilización a las proteínas procedentes de su foco tuberculoso primero y secundariamente a otra proteína.

Madrid, 10 de Enero de 1932.

Piretoterapia en las enfermedades del sistema nervioso ⁽¹⁾

POR

PEDRO A. NOUVILAS

Trabajo premiado por la Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife.

EL LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO

Le dedicaremos párrafo aparte.

Se venía admitiendo que no sufría modificación apreciable después de la malaria, pero son numerosos los autores

(1) Véase el número anterior

que obligan a modificar el concepto. Pisani en el XVII Congreso de la Sociedad Freniática Italiana, opinión corroborada por numerosos autores, llega a la conclusión de que las modificaciones en el líquido son un signo pronóstico; en los casos en que no se consigue mejoría, el líquido sigue igual; cuando la mejoría es señalada, el líquido tiende a la normalidad: marcada disminución de la linfocitosis, de la albúmina total, de las globulinas (éstas las más perezosas); de las reacciones coloidales, la Wassermann se hace débilmente positiva y hasta se negativiza; estas modificaciones son lentas y progresivas, van mejorando los signos de año en año y el tratamiento específico favorecería el resultado. Mademoiselle Springlova cita dos casos de remisión completa en los caracteres del líquido, con transformación mental del cuadro demencial en síndrome esquizofrénico (psicosis alucinatoria crónica, catatonía). V. Dimitri y J. Pereira, de Buenos Aires, observan en general paralelismo entre la mejoría del estado mental y del líquido, pero también casos en que mejora uno de ellos sin que el otro le acompañe. Claude y Targowla llegan a parecidas conclusiones. Ferraro y Fong opinan también que el líquido mejora lenta y progresivamente (esto explicaría la antigua creencia de que no sufría modificación); a los tres años obtienen un 88 por 100 de mejoría (la Wassermann negativa en el 68 por 100), mientras a los seis meses era sólo en el 15 por 100; igual opinión sustentan Bunke, Kirby y otros. Claude y Dimolesco expresan, en relación con las células, que un tiempo después de la malarioterapia, a partir del tercer mes, no sólo disminuyen en número, sino también en sus caracteres, desaparece su polimorfismo y pierden su vitalidad; según denomina Ravaut al hecho de no tomar su colorante, la reaparición de las células nuevas indica una recidiva, fenómeno que no es reversible, pues se puede presentar ésta sin que las células se modifiquen. Kirschbaum y Kaltenbach, Fleck y Gerstmann y Prussac han observado que la curva de Lange parálitica se transforma en curva sífilítica.

Cambios histológicos.—Prescindo de una descripción de la anatomía patológica de la P. G. por considerarla fuera de lugar y sobrado conocida en sus líneas generales; pero sí es del mayor interés, de interés decisivo sobre el valor del método terapéutico que nos ocupa, una somera reseña de los cambios histológicos apreciables después del paludismo experimental, pues confirman lo que la clínica apreciaba, aun que hasta ahora no sean definitivamente conocidos.

Ya se sabía antes por el resultado de las autopsias que las lesiones cerebrales no guardan paralelismo riguroso con el estado mental; claro está que sólo en apariencia, debido a nuestros escasos conocimientos de la fisiología cerebral. Strauessler y Koskinas han aclarado que la malaria, al principio, provoca el aumento del proceso inflamatorio y mayor extensión de los exudados celulares; más adelante tiende a transformar la infiltración difusa en formación de gomas miliares, es decir, la inflamación difusa de carácter no específico, en una lesión vascular de carácter sífilítico. Esto lo niega Kirschbaum, quien no encuentra más que una diferencia cuantitativa, pero no cualitativa antes y después de la malaria. Sierra, de Buenos Aires, no halla diferencia apreciable; sin embargo, confirman los hallazgos de Strauessler y Koskinas, Nakamura en líneas generales, Gerstmann, Gurewitsch, que en los enfermos tratados intensamente sólo descubre las lesiones de la sífilis cerebral auténtica, y Freeman, quien descubre un trabajo de organización alrededor de las células plasmáticas y linfocitos emigrados, lo cual significaría la reducción de los focos exudativos. No obstante, Lehoczki, Spielmeyer y Bielschowsky no aprecian esta transformación del proceso ni que el

paludismo experimental tenga influencia sobre los elementos ectodérmicos. R. Wilson acepta, después de minuciosos estudios, que se presentan tres fases: una de exacerbación del proceso inflamatorio propio de la P. G., otra que comienza a las tres o seis semanas después de la terminación del tratamiento pirogénico, fase de restitución, y una última de recrudescencia, un año después o más, en la cual volvería a aumentar la inflamación, no sólo la difusa, característica de la enfermedad de Bayle; sino también en focos circunscritos, propios de la sífilis cerebral; también ha observado un hecho notable, que las transformaciones histológicas guardarían generalmente estrecha relación con las modificaciones en la composición del líquido, pero halla casos que son excepción. Por su parte, Ferraro no aprecia el menor paralelismo entre las modificaciones histopatológicas y las transformaciones clínicas, encontrando gran número de éstas sin ostensibles reducciones anatómicas; sí que confirma modificaciones exudativo-inflamatorias, pero mejorías en las lesiones parenquimatosas serían muy raras, así como tampoco ha sido encontrar gomas y granulomas de sífilis terciaria.

Lhemitte opina que no son suficientes los estudios sobre la inflamación, pues este proceso es el más saliente, pero no el único, siendo de gran importancia también las alteraciones funcionales y orgánicas que existan en las células nerviosas. En realidad faltan conocimientos exactos sobre alteraciones patológicas de las diversas capas de la corteza cerebral.

Digno de mención es que mientras Jahnel y otros no han descubierto espiroquetas en el tejido cerebral de los paráliticos que han padecido fiebres elevadas unos días antes de su fallecimiento, Forster los ha hallado vivos una vez en el cerebro (por trepanación) y dos en el líquido (en enfermos vivos malarizados); R. Wilson también los ha señalado en ocho casos entre cuarenta autopsias; Sierra lo mismo en malarizados que en los que no habían sufrido tratamiento.

Como observación interesante citaré las de Schulze, Pfeiffer, Kirschbaum, Markusevich, Prussac, Knigge y algún otro, pues se publican cada día más de paráliticos generales que con posterioridad a la impaludización han presentado lesiones cutáneas de sífilis terciaria, lo cual puede tener la significación de que la infección había sufrido una desviación, corregida luego por el tratamiento inespecífico, hacia la P. G.

Todavía no pueden sentarse conclusiones definitivas, puesto que se desconocen las lesiones más finas de la parálisis, pero sí parece que la mayoría de los autores se inclinan a ver en el método una influencia beneficiosa sobre el tejido nervioso.

Acción.—Desarrollado este tema en la parte general, para evitar repeticiones me limitaré aquí a transcribir la opinión de Wagner von Jauregg: admite una acción doble, la proteínoterápica, y otra específica; está persuadido de que la malaria ejerce acción menos eficaz sobre la sífilis terciaria que sobre las lesiones parálíticas, y aduce a favor de la actuación electiva del paludismo sobre el sistema nervioso la resistencia de la negativización de la Wassermann en sangre, mucho mayor que en el líquido.

Indicaciones y contraindicaciones.—La indicación capital es su aplicación precoz; cuanto antes se emplee, mayores son las probabilidades de éxito; sin embargo, hoy por hoy, y mientras las estadísticas, en relación con la mortalidad, no sean más favorables, no considero acertado el inocular antes de que se haya confirmado el diagnóstico, para lo cual debe reputarse como necesario el examen del líquido cefalorraquídeo, a no ser que se deseen a toda costa magníficos

error grave, pues no se modifica la glucosuria y con facilidad provocamos un coma hipoglucémico.

Sin embargo, Umber recomienda a las embarazadas glucosúricas privarse del azúcar aunque no restrinjan en lo más mínimo los restantes hidratos de carbono. En los casos en que observemos la más pequeña relación entre glucosuria y aporte de hidratos de carbono con la alimentación, será indispensable vigilar cuidadosamente al enfermo, haciendo cuando menos una prueba de toma glucosa cada año, y mejor aún cada semestre. Si las pruebas fueran siempre negativas y las relaciones entre ingestión de hidrocarbonados y glucosuria constantes, se impondrá una prudente restricción en la dieta, privándose al menos de los azúcares.

Aparte de esto, no disponemos de remedio alguno. Han fracasado todos los ensayos hechos hasta la fecha para ver si los fármacos excitadores del simpático o del vago influían en alguna forma en la intensidad de estas glucosurias. En los enfermos que presenten trastornos nerviosos o debilidad general por las excesivas cantidades de azúcar eliminadas, evitaremos los tónicos estilo arsénico que por su uso prolongado pudieran averiar todavía más la integridad anatómica o funcional de las células renales. Asimismo huiremos de los diuréticos a base de mercurio. Pero, aparte de estas indicaciones negativas, apenas si podemos aliviar las formas graves de la enfermedad, únicas que requieren intervención médica.

INSTITUTO MEDICO-QUIRURGICO DE LA ENCARNACIÓN
Servicio de Nutrición, Sangre y Endocrinología.

Consideraciones sobre dos casos de alergia tuberculosa

POR

FEDERICO PECO
Profesor-jefe del Servicio.

Los innumerables conocimientos adquiridos en estos años de postguerra sobre casi todas las enfermedades, pero muy especialmente sobre algunas como el asma bronquial, son de una importancia tal, que marcando nuevos horizontes, señalando nuevas metas, ricas en brillantes perspectivas, hacen que cambie casi por completo el concepto que teníamos formado sobre enfermedades alérgicas.

No sigue, sin embargo, siendo hoy día menos discutida la apasionante polémica entablada ya desde el pasado siglo del antagonismo entre asma y tuberculosis, aun cuando actualmente la cuestión se nos aparece lo suficientemente clara.

Desde la hipótesis formulada ya a fines del pasado siglo por Rokitsansk y sostenida por clínicos tan reputados como Bandelier Ropke y otros muchos sobre el antagonismo existente entre asma y tuberculosis, y de las observaciones de otros como Morawitz West, Schroearz Geze y alguno más, en que hacen resaltar la extraordinaria ra-

reza con la cual aparecerían ambas enfermedades juntas, gracias, según estos autores, a que dado el estado hiperémico de la mucosa impediría el libre desarrollo del bacilo de Koch, han ido apareciendo lentamente un sin fin de teorías, teorías algunas como la de Bofalini, Swkl, Foca, Müller e infinidad de autores más, completamente opuestas a las anteriores.

Bofalini, Foca y otros, sostienen que, si bien la asociación del asma no coincide con tuberculosis pulmonares graves de tipo caseoso ni casi nunca fibrocasooso, pero sí aparece con extraordinaria frecuencia asociada a aquellas tuberculosis de tipo fibroso, de sintomatología apenas apreciable.

Esto, que nos parece cierto, fué la causa de la cual nació la idea de considerar antagónicas ambas enfermedades, cuyas estrechas relaciones son hoy bien demostradas.

Estudiemos ahora después de este breve relato histórico cómo actúa la lesión tuberculosa produciendo la enfermedad asmática.

El conocido investigador Landouzy llega a considerar que toda asma es producida por una alergia tuberculosa de fondo; sostiene el que la toxina bacilar desempeñaría el papel de substancia desencadenante y sensibilizante a la vez, y, por lo tanto, según esta teoría el papel de la infección tuberculosa sería de extraordinaria importancia.

No podemos nosotros compartir del todo una teoría tan absolutista como la de Landouzy, si bien un hecho de capital importancia nos ha hecho pensar infinidad de veces en la certeza de esta teoría: ello es que cuantos asmáticos encontramos en nuestra práctica, dieron positiva la reacción a la tuberculina y la generalidad, fuese la que fuera la sensibilidad de fondo, mejoraron tratados por tuberculina, si bien para curar totalmente necesitamos desensibilizar con la substancia sensibilizante de fondo.

Sin embargo, el golpe más serio dado contra esta teoría fué por Marfan, que demuestra de una manera evidente la sensibilización a otra clase de problemas en lactantes todavía vírgenes al contagio bacilar.

Es, pues, cierto que la infección tuberculosa juega un papel importantísimo en la patogenia del asma bronquial en más de un 95 por 100 de los casos, según nuestra estadística, pero solamente en un 10 por 100 actúa como proteína sensibilizante y desencadenante a la vez, es decir, solamente estos casos merecerían el nombre de alergia asmática tuberculosa.

¿En qué forma desencadena una lesión tuberculosa el asma?

Jumarest y Epstein, en el año 1905 hablan de la importancia de la afección tuberculosa como causa de la afección asmática. Bezançon se expresa en igual sentido; según estos autores, la lesión tuberculosa actuaría en forma de espina de fijación, bien por estar constituida en forma de procesos peribronquiales o bien en forma de adenopatía traqueobronquial.

Jiménez Díaz cree, sin embargo, que éstas, llamadas por Jumarest, Epstein, Bezançon y otros, espigas de fijación y apreciadas por radiografías o radioscopias, no son tales, sino manifestaciones mismas de un proceso asmático, y por esto, y según este autor, no serían éstas las causantes del ataque de asma como espigas irritativas, sino manifestaciones radiográficas del asma misma, es decir, lesiones asmáticas.

Este autor, que pone en duda la acción irritativa de estas espigas de fijación, cree más bien que la lesión tuberculosa obraría por las modificaciones humorales, que como muy bien describe Poncet a ciertas formas de tuber-

culosis con sintomatología especial bajo las denominaciones de tuberculosis inflamatorias; éstas, según esta hipótesis, no serían sino manifestaciones alérgicas en sí, y no como falsamente Poncet cree un nuevo tipo de tuberculosis pulmonares; pues debemos tener en cuenta que los términos de lucha entre el organismo y el agente no son simplemente de virulencia e infección y defensa, sino que también interesa los cambios cualitativos y cuantitativos que acarrea la infección, que engendra estados que semejan a los de la enfermedad asmática, como son: vagotonía, eosinofilia, etc.

Cree, pues, tres formas diferentes de alergia tuberculosa:

1.^a Que la lesión tuberculosa actúe como espina irritativa.

2.^a Que el enfermo se sensibilice a los productos de su foco tuberculoso.

3.^a Que la lesión tuberculosa, por los cambios humorales que engendra, cree una personalidad alérgica en el sujeto.

Puede suceder corrientemente que un enfermo primitivamente sensibilizado a una proteína cualquiera se sensibilice posteriormente a las proteínas de su foco tuberculoso; el caso contrario también es frecuente, o sea que siendo su lesión tuberculosa la causa desencadenante de su asma por una de las tres formas antes descritas, posteriormente se sensibilice a una proteína extraña apareciendo en un estudio no detallado como un alérgico no tuberculoso cuando fué su tuberculosis la desencadenante de su ataque asmático.

El dato que las tuberculosis graves, en las que pensando lógicamente deberán ser más frecuentes sus asociaciones con el asma por la mayor cantidad de productos procedentes del foco tuberculoso, coinciden con la ausencia del asma, o con su desaparición en casos de empeoramiento de lesiones tuberculosas, es explicado satisfactoriamente por el cambio que experimentan estos enfermos en su personalidad alérgica, ya que en las lesiones tuberculosas leves existe un predominio vagal y al empeorar estas lesiones se convierte el individuo en un simpaticotónico y con ello cambia su personalidad alérgica. Citaremos dos enfermos alérgicos tuberculosos, de una gran enseñanza:

L. J., de cuarenta y tres años, tranviario.

Este enfermo ha pasado la mayor parte de su vida en el campo, trabajando de labrador hasta hace tres años que viene por primera vez a Madrid.

En el mes de Febrero del año 29, al penetrar un día en cierto café donde la atmósfera estaba muy cargada, siente un intenso ahogo que le dura unas tres horas, y durante el cual siente la necesidad del aire libre; en éste, sin embargo, permanece con él durante este tiempo, expectorando, tosiendo bastante durante el mismo.

Desde entonces estos ahogos le dan con alguna frecuencia, sobre todo al ponerse en contacto con atmósferas cargadas, hasta que un día estos fuertes ataques le desaparecen para tener casi a diario ataques flojos que ya no guardan relación ni con el lugar en que se coloca ni con ninguna otra cosa.

En la anamnesis familiar, nada especial.

Enfermedades anteriores no recuerda; solamente ha expectorado y tosido mucho desde hace muchos años.

Explorado el enfermo por nosotros, podemos observar un sujeto de constitución robusta, nada a la inspección ni a la percusión del tórax. A la auscultación, soplo y crepitaciones en ambos vértices pulmonares y respiración entrecortada en el resto del pulmón. Presión arterial,

12 y 7, y pulso, 94; A. RX, infiltración biliar fibrosa con ambos vértices velados.

Laboratorio.—Velocidad de sedimentación: 18.

Fórmula:

Polinucleares neutrófilos.....	57
— eosinófilos.....	6
— basófilos.....	0
Monocitos.....	12
Linfocitos.....	25
	100

Espetos. En un primer análisis no se pueden descubrir bacilos de Koch, no así en un segundo, que llegan a observarse hasta tres por campo. Explorado desde el punto de vista alérgico, da este resultado:

Reacciones.

Adrenalina: + + — —
Histamina: — — — —
Tuberculina: + + + +

Alimentos.

Pan: + — — —
Huevo: — — — —
Carnes: — — — —
Pescados: — — — —
Verduras: — — — —
Mariscos: + — — —
Feculentos: — — — —
Leche: — — — —

Bacterias.

Estreptococos: + — — —
Estafilococos: + — — —
Pneumococos: + — — —
Pfeifer: + — — —
Friedlaender — — — —
Catarralis: + — — —

Polen.

De otoño: — — — —
Primavera: + — — —
Verano: — — — —

Otros alérgenos.

Polvo de locales cerrados: + + — —
Lana: + — — —
Caspa: + — — —

**

Encontramos, pues, en este caso una sensibilización ligera a bacterias polen de primavera, caspa y lana, sensibilizaciones todas ellas que a nuestro juicio carecen de valor.

Solamente al polvo de locales cerrados con (+ + — —) y a la tuberculina (+ + + +) que produjo una exacerbación de todos sus síntomas, son éstas las únicas pruebas que podemos darles valor.

**

En el segundo caso trátase de una enferma, Encarnación Pérez, de treinta y ocho años, casada, que padece desde hace seis o siete años tos y expectoración, habiendo dado poca importancia a esta afección hasta hace dos años que, con ocasión de seguir un tratamiento de reposo, cal y sobrealimentación impuestos por un especialista y coincidiendo con la mejoría general, aumento de peso,

Kunde, Hall y Gerty: *Journal of the American Association*, tomo LXXXIX, núm. 16, 1927.

Mackenzie, J. M.: The treatment of general paralysis of the insane by pyrotherapy. *Brit. J. vener. Dis.* 5, 1929.

Vidoni: Il vaccino antitifico nella cura dell paralisis progressiva. *Riv. sperim. freniatr.*, tomo 50, fasc. 3/4, 1927.

Menninger von Lerchenthal: Zur pirogenetischen Therapie der Dementia praecox. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.*, tomo 97, 1925.

Menninger von Lerchenthal: *Muench. med. Wschr.*, número 26, 1929.

Pascal, Mlle. Abramovitz y Briau: Amélioration rapide d'une paralytique général, etc. *Soc. Médico-Psychologique*, Febrero 1928.

Sierra, Adolfo M.: La vacuna D'Melcos en el tratamiento de la parálisis. *Semana Médica*, 1, 1929, Buenos Aires.

Courbon y Vié: Recidive simultanée de Phlegmons et de confusion, etc. *Soc. de Psychiatrie de Paris*, Noviembre 1927.

Germain Cebrián, J.: La malarioterapia en la demencia precoz. *Arch. de Med., Cir. y Esp.*, núm. 297, 1927.

Wizel, A. y Markusiewicz: Premiers résultats du traitement paludéen dans la schizophrénie, pág. 609, *L'Encéphale*, 1927.

Goria, G.: Traitement malarique des psychoses, etc., página 738, *L'Encéphale*, 1927.

Warner, G.: Malarial inoculation in casos of Dementia praecox. *Psychiatr. Quart.*, 2, 1928.

Koenig: El tratamiento de la parálisis progresiva por la malaria y fiebre recurrente. *La Med. Germano Hisp.-Amer.*, año III, núm. 4, 1928.

Jahnel, F.: Ueber das Vorkommen der Spirochaeta Duttoni im Hirngewebe des Menschen, etc. *Muench. med. Wschr.*, año 73, núm. 48, 1926.

Grabow, C. y Krey, J.: Zur recurrensbehandlung der Progressiven Paralyse. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych.*, 116, 1928.

Salomón, Berk, Theiler y Clay: The use of sodoku in the treatment of general paralysis. *Arch. of International Medicine*, tomo 38, núm. 3, 1926.

Dreyfuss y Hanau: Grundsatzliches ueber die Verben- dung der neuen Fiebermittels Saproviton in der Neurologie. *Deutsch. med. Wschr.*, núm. 33, 1926.

Fischer Waessels: Ist Saproviton Ungefaerlich? *Deutsch. med. Wschr.*, núm. 18, 1927.

Sicard, Haguenau y Dreyfus: Les inoculations de tripanosome dans la paralysie générale. *Soc. de Neurologie, Paris*, Febrero 1925.

III

Hartenberg, P.: Traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. *La Clinique*, Febrero 1927.

Leroy y Médakovitz: Des délires chez les paralytiques généraux traités par la malarietherapie. *Soc. Med. Psych.*, Paris, Abril 1929.

Mac-Intyre: H. y P.: *Archives of Neurology and Psychiatry*, Agosto 1926.

Nicol, W. D.: The treatment of general paralysis by malaria. *Brit. J. vener.*, 5, 1929.

Prussak, L.: Le traitement de la paralysie générale par l'inoculation du paludisme. *L'Encéphale*, Marzo 1929.

Vallejo Nágera, A.: Tratamiento de la neurosífilis. *EL SIGLO MÉDICO*, Mayo 1927.

Vallejo Nágera, A.: Malarioterapia y pronóstico de la parálisis progresiva, *EL SIGLO MÉDICO*, números 3.802 a 3.806 1926.

Vallejo Nágera, A. y G. Pinto, R.: Nuestra experiencia clínica sobre la malarioterapia, etc. *EL SIGLO MÉDICO*, números 3.860 a 63, 1927.

Pisani, D.: Rivista sperimentale di Freniatria, Febrero 1927.

Ferraro, A. y Fong, Bh.: The malaria treatment of general Paresis. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, Marzo 1927.

Claude, H. y Dimolesco, A.: La citologie du liquide céphalo rachidien chez les paralytiques généraux, etc. *L'Encéphale*, Junio 1929.

Lhermitte, J.: L'influence de la malariathérapie sur les lésions de la paralysie générale. *L'Encéphale*, Junio 1929.

Wilson, R.: Histopathological changes following malarial treatment of general paralysis, *Brain*, 51, 1928.

Ferraro, A.: The pathology of paresis after treatment with malaria. *Arch. of Neur.*, 21, 1929.

Vallejo Nágera y Bertoloty: Conducta a seguir en el tratamiento de la parálisis general. *Actas Dermosifiliográficas*, Junio Julio 1927.

Wagner von Jauregg: Indicaciones de la malarioterapia en la neurosífilis desde el punto de vista sifilográfico. *Revista Médica Germano-Ibero Americana*, núm. 2, Noviembre 1928.

Gougerot, H.: Malarietherapie préventive des syphiles nerveuses. *Paris Médical*, Marzo 1928.

Ruge, H.: El paludismo artificial en el tratamiento de la sífilis reciente temprana y tardía. *Rev. Med. Germano-Ibero-Americana*, núm. 5, Marzo 1929.

Paulian, D.: Traitement du tabes par la malariathérapie. *Paris Médical*, Marzo 1928.

SESIONES CLINICAS

HOSPITAL DEL NIÑO JESÚS

17 DE ENERO DE 1932

Dr. Garrido Lestoche.—Hace uso de la palabra para presentarnos un caso de ausencia congénita parcial de la tibia. Por el estudio radiográfico que el orador hace se ve perfectamente la citada ausencia en el tercio inferior de la tibia, simulando una fractura con pérdida de substancia, a diferencia de ésta, que existe entre los dos fragmentos un «tractus» de substancia cartilaginosa. Lo trató quirúrgicamente, con grandes resultados, mediante un autoinjerto, aprovechando para ello parte del peroné del lado sano. Tanto el periostio como la medula tienen una marcada acción osteogénica, por lo cual, al separar el injerto dejó el periostio, para que éste repusiera la pérdida de substancia; y la función osteogénica necesaria para que el injerto prendiera la dejó encomendada a la medula ósea.

Dr. Sarabia.—Felicitó y elogió mercedamente al orador por su gran labor científica y comenta el mar sin fondo de la etiología de estas faltas congénitas, que para él, cree en una causa local unida a los demás factores.

Dr. Villar Matute.—Después de unas frases muy sentidas de elogio hacia la presidencia y hacia su maestro el Dr. Cavengt, nos lee una historia clínica, de suma importancia por su rareza, sobre un caso de síndrome de parkinsonismo postencefálico.

Niña de trece años, natural de Pareja (Guadalajara). A los ocho años tuvo la gripe, y al poco tiempo empieza la enfermedad con gran somnolencia que le obligaba a estar

echada todo el día; sigue avanzando, llegando a estar en continuo sopor durante dos meses, respondiendo a los estímulos exteriores aunque perezosamente. Ha existido fiebre (no se puede precisar justamente) y ligera ptosis parpebral. Al poco tiempo, al andar, lo hace saltando, notando gran fatiga al menor ejercicio, cayéndose al suelo con facilidad. Más tarde aparece un ligero temblor de brazos y manos, ingresando en este estado en el hospital.

Por exploración se nota una actitud típica de encogimiento, manos y piernas flexionadas, con un ligero temblor de oscilaciones finas. La cara es inexpressiva, expresando los cambios fisonómicos con gran dificultad. La boca la tiene entreabierta, cayendo la saliva continuamente.

La marcha es a pasos pequeños, cayendo a los pocos de rodillas, apoyándose en las manos sin golpearse. Tiene bien manifestos los fenómenos de pulsión y retropulsión, y un ligero estado catatónico. Movilidad en sus dos formas retrasada. Estado trófico de los músculos, normal. Reflejos tendinosos exaltados. Cutáneos normales. Faríngeo y conjuntival normal. Sensibilidad en todas sus formas, normal. No hay zonas de anestesia. Reacción pupilar normal. Wassermann en sangre negativo y en líquido cefalorraquídeo positivo.

El Dr. Vallar, después de razonar el caso, lo encaja en el cuadro descrito por Economo (1918) con el nombre de síndrome de parkinsonismo postencefáltico. Habla a continuación del fatal pronóstico y de la ineficacia del tratamiento.

El orador, bien merecidamente, fué muy aplaudido, y el Dr. Gutiérrez Barneto le felicitó y ayudó a confirmar el diagnóstico diferencial con la histeria. El Dr. Cavengt, en pocas palabras, expresó su enhorabuena al orador y explicó el plan de enseñanza que él ha adaptado en su servicio.

El Dr. Sarabia, en nombre del hospital, se sintió orgulloso de la sesión y felicitó nuevamente a los oradores.—*J. de Isasa.*

HOSPITAL DE LA BENEFICENCIA GENERAL (Antes de la Princesa.)

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 23 DE ENERO DE 1932

I.—FRACTURA DE BÓVEDA CRANEAL.

Dr. Blanc Fortacin.—En la presente semana hemos trepanado a un enfermo por fractura de cráneo. Esta fractura se ha producido por choque directo de un cuerpo duro (hierro del chasis de un vehículo) sobre el cráneo. Es una fractura conminuta con hundimiento del trozo fracturado, pero sin irradiación a la base; por tanto, una fractura aislada de la bóveda.

La contusión cerebral determinada por el choque ha sido agravada en este caso por la acción traumática de las esquirlas hundidas; una de ellas, plana, ha ejercido un mecanismo de compresión; otra, aguda y estrecha, ha rasgado vasos meníngeos, determinando un hematoma extradural.

Extraídas las esquirlas y cohibidas por ligaduras las hemorragias que originaron el hematoma, la duramadre ha recuperado su normalidad, y bajo ella hemos visto los latidos normales del cerebro descomprimido. Hemos suturado la piel sin desagüe, creyendo innecesaria la incisión dural, que cuando no está indicada agrava la intervención.

El enfermo al día siguiente presentó fiebre elevada y

algunos vómitos; a los dos días, una monoplejía tipo Aran Duchene en el brazo derecho. Las causas de estos fenómenos no aparecen en la herida, que desbridada no da salida a pus. Hay que estar prevenidos, y si a las veinticuatro horas del desbridamiento los fenómenos febriles no remiten, tendremos que dirigirnos a la zona subdural en busca de un absceso cerebral traumático.

Han transcurrido dos días: la fiebre ha remitido; los signos monopléjicos están casi por completo rehabilitados en sentido favorable. Nuestra conducta ha sido, pues, prudente, pues una exploración cerebral sin un foco cierto y accesible es maniobra peligrosa. De haber continuado el cuadro, la orientación terapéutica hubiera sido precisa. Desbridamiento dural con o sin ampliación de la brecha ósea practicada y punción cerebral si las señales de absceso no aparecieran claras en la corteza. El punto trepanado, zona alta rolándica, si no guardaba una correspondencia exacta fisiológica con los trastornos motores iniciados, era vecina a la localización motora cuya perturbación se iniciaba. En este sentido, si la ventana ósea de la trepanación no era la proyección craneal del foco, era camino bueno para alcanzarlo.

¿A qué se debió la fiebre? Probablemente a reabsorción de productos de regresión albuminoide originados por la contusión cerebral determinada por el trauma (coágulos, albúminas en regresión, productos proteínicos de transformación). A la pequeña zona hemorrágica y edematosa cerebral hay que atribuir los trastornos motores iniciados. Y la nota clínica da una enseñanza para no proceder con precipitación en traumatismos cerebrales.

El porvenir del traumatizado no es, sin embargo, despejado; tras la reabsorción quizás ocurra una placa de esclerosis cerebral o de adherencias meníngeas que puedan originar crisis epileptiformes.

II.—HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS.

La operación más sencilla puede dar un síndrome postoperatorio inquietante si no se explora al enfermo en todas las manifestaciones de su fisiología. El enfermo que ocupa la cama 20 de la sala de hombres nos lo demuestra. Es un hombre de más de sesenta años, arterioescleroso, sin antecedentes específicos y sin taras orgánicas renales ni hepáticas de importancia. Ha sido preparado para su intervención con tiempo. Se le ha analizado su orina, se ha dosificado urea y azúcar sanguínea, se le han inyectado preparados cálcicos y se le ha prevenido contra infecciones por medio de vacunas que exaltarán su poder epiléptico.

Padece una hernia inguinal voluminosa, con adherencias intestinales al saco (hernia por deslizamiento de grueso intestino). A la vez tiene un hidrocele sin lesión prostática. Es operado con raquianestesia y durante la operación no ocurren accidentes ni incidentes de orden técnico.

A las cuatro o cinco horas de la intervención el enfermo ve su apósito manchado de sangre. Avisa, y rápidamente es trasladado a la sala de operaciones.

Se desbrida la herida operatoria; se halla un voluminoso hematoma subcutáneo que infiltra la piel del escroto; se sueltan los puntos de sutura de la aponeurosis del oblicuo; se levanta el cordón y se observa en uno de los puntos de la sutura profunda a lo Bass'm (sutura de fibras de oblicuo con arco crural) un punto que sangra de modo continuo, pero sin intensidad; algo así como el babeo a través del orificio de un hilo integrante de la sutura mencionada. Se hace en esa superficie una sutura en bolsa hemostática y la hemorragia se detiene, y no se reprodu

resultados clínicos. Claro que, aunque excepcionales, pueden presentarse en la práctica casos dudosos y por consideraciones de toda índole tener que resolver como el sentido clínico aconseje.

Otra indicación es la taboparálisis; en este síndrome, que nos obligará también a malarizar, se obtienen menos éxitos y el método adquiere mayor gravedad; para muchos, numerosos casos letales son debidos a lesiones tabéticas.

Las contraindicaciones absolutas las constituyen la caquexia, lesiones orgánicas muy avanzadas (cardiovasculares, nefritis grave, diabetes, tuberculosis extensa, etc.). Actualmente la mayor parte de las contraindicaciones no son más que relativas, y el método puede emplearse, aunque con prudencia; tales son: la edad avanzada, mal estado físico general, tuberculosis, aortitis, insuficiencia hepática, alcoholismo, edad infantil, formas galopantes; en estos casos debe instituirse un tratamiento reparador previo, con frecuencia acompañado del específico, y entonces el piroterápico se hace en dos veces. Wagner von Jauregg ha tratado septuagenarios y tuberculosos, no permitiendo más que de dos a cuatro accesos febriles; sigue a continuación un tratamiento de salvación durante seis semanas, y como las fuerzas se reponen en esas condiciones rápidamente, entonces se provocan otros cuatro o seis accesos que se resisten muy bien; dice que actualmente en su práctica los casos letales son excepcionales. Navarro, según dice Nicol, ha tratado 14 niños con reacciones sifilíticas en líquido, cuatro de los cuales eran parálisis indubitables; el método no ha mostrado dificultad extraordinaria.

Una contraindicación moral ha hecho que Anglade haya abandonado el procedimiento; dice él que no curando definitivamente la P. G. es engañar al enfermo y a la familia permitir que conciben esperanzas falsas, y que el parálisis pueda reanudar una profesión que pronto o tarde tendrá que volver a abandonar. Sin embargo, puede alegarse en defensa de la malarioterapia que día por día se confirman y amplían sus beneficios, confiándose en que en ocasiones sean definitivos, al menos prácticamente; pero aun siendo medicación paliativa, no por eso dejaría de tener elevado valor, puesto que existe indiscutible diferencia entre un enfermo paludizado y otro sin paludizar, y en realidad la finalidad de la medicina respecto a la muerte no es impedir, sino aplazarla minutos, días, meses o años, lo que en nuestras débiles manos esté en lo posible. En lo que sí le asistirá la razón es en la necesidad imperiosa de plantear a la familia el problema tal y como nos es conocido, expresar los peligros que encierran el tratamiento y la abstención, y la imposibilidad de aseverar un pronóstico favorable *a priori*. Es la P. G. enfermedad de tal índole que nos obliga a una amplitud deontológica, inexcusable en otras dolencias, dado su pronóstico rápidamente fatal y en plena ruina física y moral, pues aun admitiendo las remisiones espontáneas y los casos raros de larga duración, éstos son sin ningún titubeo completamente excepcionales. En cambio, con la malaria el pronóstico cambia.

Otra contraindicación relativa, de carácter social, la constituye el tratamiento en casa del enfermo; la malarioterapia es procedimiento sanatorial o de clínica que requiere cuidados extremos e interesantes; sólo en casos extraordinarios, y contando con medios convenientes, nos prestaremos al tratamiento a domicilio, y así y todo expuestos a complicaciones personales muy enojosas que a veces atañerán a la propia reputación, además de que el curso de la malaria no es propio para ser presenciado asiduamente por los allegados al enfermo. En Inglaterra, sobre todo, se ha temido el contagio del paludismo experimental, y se han reglamente-

tado las condiciones que deben de reunir las clínicas en que se paludice, como medida de higiene pública; pero bueno es saber que en el paludismo artificial no se han descubierto formas sexuales, que se pierden en los países de hombre a hombre pronto; posiblemente sufre una cierta degeneración el plasmodium; además, por nadie han sido citados casos de contagio en las clínicas en que existen malarizados.

Malaria preventiva—Punto muy importante, especialmente para el sifilógrafo, no está bien esclarecido todavía. Ya en 1927 se ocupó con atención del problema nuestra Academia Española de Dermatología y Sifiliografía, como consecuencia de la propuesta de Marie, en el Congreso de Malariología de Roma, de impaludizar a todo enfermo de sífilis secundaria con infección de líquido. Al hablar de la malaria en la infección luética, abordaré de nuevo el tema. Discutido en todos los países, no ha recaído unánime acuerdo, y es posible no se le pueda hallar hasta tanto no conozcamos el mecanismo de actuar, ni las condiciones en que se presenta la P. G. Existen repetidas observaciones, contra lo que se ha opinado, de que en los países palúdicos no se conocía la enfermedad de Bayle, de enfermos que antes de la P. G. han padecido fiebres palúdicas, y por tanto, no les ha servido de profilaxis (Gougerot, en España, originarios del Ejército de Africa, todos hemos conocido casos); sin embargo, no es razón decisiva, puesto que no se concede el mismo valor al paludismo espontáneo que al provocado, cosa muy sabida en la esfera curativa y que constituye uno de los puntos más oscuros del método. Wagner von Jauregg aconseja esperar a que la experiencia compruebe si es ventajosa la malarioterapia como tratamiento preventivo, y mientras tanto, siguiendo el proceder de Kyrle, malarizar los casos de sífilis latente tardía con reacciones positivas en el líquido cefalorraquídeo; recuerda Wagner von Jauregg la utilidad vista por muchos autores de una terapéutica inespecífica en la sífilis, y en este caso la que ha demostrado ser más activa es la malarioterapia.

Apéndice.

LA MALARIOTERAPIA EN LA SÍFILIS

Aun con peligro de salirme del tema, ampliaré brevemente a la aplicación de la malarioterapia en la sífilis con el fin de completar el capítulo.

No sólo con fines profilácticos, sino curativos, fué empleada la malaria por Kyrle, de Viena, en los casos de sífilis reciente. Primero hacía tratamiento específico; luego inoculaba la malaria, provocando de ocho a doce accesos, y después volvía a los medicamentos corrientes antilúéticos, no consiguiendo siempre la rápida negativización de sangre y líquido como pretendía. A su fallecimiento, Mattuschka y Rosener han proseguido sus trabajos. Von Berde observa, ensayando un tratamiento exclusivamente malárico, que el chancro regresa y cicatriza pronto, pero aparecen adenitis generales y exantema; sobre sífilides secundarias y terciarias de piel y mucosas ejerce una acción rápida y muy eficaz, pero sólo sintomática, pues siguen invariables las adenitis y reacción de Wassermann, notando que las recaídas son graves y difícilmente asequibles luego a la medicación específica. Kerl llega a la conclusión de que el paludismo no da resultados en el estado secundario temprano, pero sí en fases posteriores secundarias, en los enfermos cuyo contagio data de más de nueve años. Mulzer y Jadassohn, cada uno por su lado, también reservan la cura palúdica para los casos de latencia tardía o rebeldes al tratamiento ordinario. En cambio, Vohwinkel, Ritter y Heuck, todos ellos alemanes, casi no han observado después de la malaria recaídas clínicas o serológicas, apreciándose una clara pugna entre

alemanes y austríacos. Weinstein y Glossowker han ensayado el spirochaeta obermeieri, y en los casos de sífilis temprana en la cual se presentó la fiebre recurrente no han tenido ninguna recidiva y sí en aquellos en que no prendió. Como se ve, todavía es pronto para formar un concepto definitivo y las opiniones son discordes; verdad que seguramente no se ha seguido siempre el mismo método ni se ha trabajado con enfermos similares. Pero no por eso estos ensayos, reservados por ahora a la vía experimental, dejan de poseer un interés del más alto grado.

Su aplicación en la neurosífilis secundaria y terciaria no está tampoco muy esclarecida, puesto que el mismo Wagner von Jauregg, aun reconociendo los beneficios que puede reportar la terapéutica inespecífica, apunta su sospecha de que la acción no sea tan poderosa en las lesiones vasculares y mesodérmicas como en las del ectodermo.

En otra enfermedad indicada es en las tabes; es difícil formar juicio sobre el valor de la impaludización por tratarse de una enfermedad de curso muy prolongado y con períodos ilimitados de latencia y hasta de remisión espontánea. Wagner von Jauregg es partidario de emplearla en todos los casos de tabes activa, unida al tratamiento específico; pero sobre todo la considera indicada en los tabéticos que, no obstante repetidas curas específicas, muestran claros caracteres de progresión y ninguna tendencia al saneamiento de sangre y líquido. Parece que los síntomas que mejoran más son los dolores lancinantes y los trastornos gástricos, y menos la ataxia, los tróficos y humorales; sin embargo, Dreyfuss y Hanau no la reputan superior a cualquier otro medio piretoterápico más inocente. Paulian la recomienda como tratamiento precoz. Añadiré por mi parte que el problema de la tabes es de los más difíciles de resolver respecto a su tratamiento, y nuestra conducta debe variar mucho de un caso a otro, hasta el punto que el consejo más corriente es la abstención de toda terapéutica ante todo enfermo con una ataxia locomotriz estacionada y con molestias poco pronunciadas.

Vasto en extremo el tema de este trabajo, obliga a una concisión en pugna en ocasiones con la claridad; al analizar la malarioterapia nos salen al paso por todos lados problemas cuya resolución no estamos hoy en condiciones de lograr. La piretoterapia, método curativo que científicamente es hijo de la Psiquiatría, pues ella le cobijó y gracias a extremos cuidados y penosos esfuerzos se halla próximo a su mayoría de edad, no considera suficiente campo de acción el de las enfermedades mentales y se extiende a otras especialidades. Su importancia en el día de mañana casi no se vislumbra; ya hoy interesa profundamente al sífilógrafo, que lo estudia con cariño; más adelante sentará sus reales en otras ramas de la Medicina; un profundo estudio ha de esclarecer muchos puntos oscuros de patología y biología que nos son desconocidos actualmente.

Por esto la piretoterapia es digna de ser estudiada y conocida, no sólo por el psiquiatra, sino por todo médico culto.

Noviembre 1929.

Bibliografía.

(A fin de no darla excesiva extensión, ha sido necesario limitarse a citar las obras más importantes, pues la bibliografía de la piretoterapia es actualmente extensísima.)

I

Senise, T.: La cura della paralisi progresiva con la malaria inoculata. *Il Cervello*, año IV, núm. 4, 1925.

Wagner von Jauregg, J.: Ueber die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychosen. *Jahrbuecher fuer Psychiatrie*, Bd. VII, 1887.

Pascal y Davesne: Traitement des maladies mentales par les chocs. Masson, París, 1926.

Widal, Abrami, Brissaud: Etudes sur certains phénomènes de choc observés en clinique. *Presse Med.*, 3, Abril 1920.

Lafora, G. R.: Desaparición de las alucinaciones tras procesos leucogénicos febriles. *La Medicina Ibero*, núm. 423, 1925.

Menninger von Lerchenthal: Zur pirogenetischen Therapie der Dementia praecox. *Zeitschr. f. d. ges. N. und P.*, tomos 97 (1925) y 107 (1927).

II

Vallejo Nágera, A.: Indicaciones terapéuticas en los procesos esquizofrénicos. *EL SIGLO MÉDICO*, núm. 3.852, 1927.

A. Nouvillas, P.: El absceso de fijación. *Rev. Navarra de Med. y Cir.*, núm. 33, 1929, Pamplona.

Tinel: Resultats de la phlycténotherapie dans le traitement des crises de dépression, etc. *Soc. de Psychiatrie de París*, 19 Enero 1928.

Courbon, P. y Fail, G.: Régression de paralysie générale par la phlycténotherapie. *Soc. de Psychiatrie de París*, 19 Enero 1928.

Koenigsfeld, H.: El empleo terapéutico de la sangre y del suero propios. *La Medicina Germano-Hispano-Americana*, Agosto y Septiembre 1927.

Pette, H.: *D. Z. f. N.*, tomo 96, pág. 161.

Roncati, C.: Sulla terapia di alcune malattie mentali. *Giorn. di Psich. clin.*, núm. 2, 1928.

Petit, G. y Montassut, M.: Psychose hallucinatoire abortive. Action des traitements pyrétiq. et antiinfectieux. *Soc. de Psychiatrie de París*, 18 Abril 1928.

Much: La vacunación profiláctica no específica y Sobre la inmunidad inespecífica. *Deut. M. Woch.*, núm. 26 (1919) y números 18 y 29 (1920).

Adriazola, C.: Experimentos con la omnadina. *Rev. de información terapéutica*. Barcelona, números 5, 6 y 7, 1927.

Mand, A. y O. Sperling: Ergebnisse und Indikationen der Fieberbehandlung mit Pyrifer, etc. *Wiener klin. Wschr.*, 1929.

Vallejo Nágera, A.: Piretoterapia de la demencia precoz con Pyrifer. *EL SIGLO MÉDICO*, 83, 1929.

Schroeder, K.: Tratamiento de las afecciones sífilíticas, especialmente de la neurosífilis nerviosa, con sulfosín. *Wiener klin. Wochenschr.*, núm. 35, 1928.

Marcuse, Harry y Kallmann: Zur Sulfosinbehandlung der Paralyse und Schizophrenie. *Nervenarzt*, 2, 1929.

Salinger, Fritz: Ueber Sulfosinbehandlung schizophrener Psychosen. *Arch. f. Psychiatrie*, 86, 1929.

Meyer, Fr.: Fieberbehandlung der progressiven Paralyse mit Pyrifer. *Psych. Neur. Wschr.*, II, 1928.

Wagner von Jauregg: Ueber die Wirkung der Malaria auf die progressive Paralyse. *Psych. Neur. Wochenschr.*, 1928.

Vallejo Nágera y A. Nouvilas: Ensayos de piretoterapia en enfermos esquizofrénicos. *Archivos de Med. Cir. y Esp.*, núm. 340, 1927.

Vallejo Nágera y A. Nouvilas: Piretoterapia en la alucinosis esquizofrénica. *Clínica y Laboratorio*, núm. 63, 1928, Zaragoza.

Wagner von Jauregg: Vakcinetherapie bei Nervenkrankheiten. *Wiener med. Wschr.*, números 1 y 2, 1922.

Pascal, Mlle. y Agasse, J. y Vié, Guérison, etc. *Soc. de Psychiatrie de París*, 15 Noviembre 1928.

**Rompa el
circulo vicioso**



Insuficiencia de los minerales indispensables—Sodio, Potasio, Calcio, Hierro y Manganeso—inevitablemente conduce al agotamiento de la vitalidad.

En los casos de Neurastenia, Debilidad, Anemia, Caquexia, falta de resistencia y otros estados de agotamiento, el Jarabe de Fellows suple esas sales tan indispensables en forma asimilable, además de fósforo, quinina y estricnina que son estimulantes de primera necesidad.

Dosis: Una cucharadita tres veces al día.

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

Jarabe de FELLOWS

DE HIPOFOSFITOS

SUMINISTRA LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS
A
PETICION

ENFERMEDADES DEL HIGADO

y Síndromes dependientes de ellas:

LITIASIS BILIAR, INSUFICIENCIA HEPATICA, ENTERITIS, ESTREÑIMIENTO, INTOXICACIONES, INFECCIONES, ENFERMEDADES de los PAISES CALIDOS, etc.

La más COMPLETA y la UNICA medicación reuniendo las

OPOTERAPIAS HEPATICA Y BILIAR

con los COLAGOGOS más activos.



PANBILINE

DOSIS: 2 á 12 PILDORAS al día, ó 2 á 12 cucharadas de las de café de SOLUCIÓN — Mitad en los NIÑOS

ESTREÑIMIENTO y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITARIO y ENEMA

RECTOPANBILINE

1 supositorio cada día ó 1 á 3 cucharaditas de las de café de Rectopanbiline en solución en 160 gramos de agua hervida caliente.
Mitad en los NIÑOS

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

Muestra y literatura: LABORATOIRE de la PANBILINE, ANNONAY (Ardèche) FRANCE
Representantes en España: GIMENEZ, SALINAS y Compañía, Sagués, 2 y 4, BARCELONA (S. G.)

IODONE ROBIN

Medicamento de elección contra

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

Absorción fácil sin los inconvenientes de los ioduros.

GOTAS - AMPOLLAS - COMPRIMIDOS

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

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

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-cubo-cúbico) contiene 0 gr. 54 de yodo que corresponde 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 MARTIN, Calle de Alcalá, 4, Madrid
y Consejo de Ciento, 341, Barcelona.
Islas Canarias : B. APOLINARIO, Farmaceutico, Las Palmas.

**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

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

VITAMINAS

CONCENTRADAS

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

ce a través del desagüe de crines que dejamos debajo de la sutura de piel nuevamente practicada.

No es un caso de hemorragia como el de los hemofílicos; la piel no sangraba, y de toda la amplísima superficie operatoria descubierta sólo el punto mencionado se mostraba francamente hemorrágico. En el resto de la superficie, hemostasia absoluta. Es posible que la aguja, al atravesar la masa aponeurótica de oblicuo menor, puncionara algún vaso, y que al apretar el hilo éste no ejerciera sobre el mismo toda la acción mecánica necesaria para su oclusión. ¿Ello es posible? Pero dada la insignificancia del calibre vascular, lo natural es que ese vaso hubiera cerrado espontáneamente su luz por el automatismo de una acción coagulante parietal, máxime teniendo el apoyo, recibiendo la compresión de tejidos vecinos (cordón, suturas superpuestas de aponeurosis de oblicuo y la de reducción de espacios practicada en el tejido celular subcutáneo): todo ello representaba una poderosa ayuda por esa acción hemostática espontánea. A pesar de ello no tuvo lugar y la sangre era continuada, aunque débil hemorragia infiltró los tejidos y salió hasta la piel. Ha existido, pues, quizás de modo transitorio, una perturbación en la coagulabilidad de la sangre, una tendencia hemofílica.

Y digo tendencia, y no estado, porque las reacciones y pruebas verificadas *a posteriori* no nos mostraron característica hemofílica. Véanse algunos datos. Prueba de Duke, o sea tiempo de hemorragia provocada por punción en el lóbulo de la oreja. Dos minutos, diez segundos. Normas: Prueba de Rumpel Leede o equimosis provocada por compresión, con una venda elástica, negativa. Tiempo de coagulación ligeramente retardado. No existe, pues, manifestación alguna de diátesis hemorrágica.

Tampoco hemos apreciado alteración de la persistencia globular propia de la ictericia hemolítica que pudiera haber existido en el enfermo en algún tiempo, quedando la tendencia hemorrágica actual, reliquia de aquélla. Pero sometida la sangre a la acción de soluciones hipertónicas, la resistencia globular se mantuvo en los fenómenos normales.

Indudablemente se trató de un estado transitorio ligado quizás a una alteración hepática. Pero el caso nos invita a completar la investigación de las condiciones del enfermo, para una intervención, con un cuidadoso análisis de las propiedades de la sangre.

OCCLUSIONES INTESTINALES

Han ingresado en nuestra clínica dos enfermas con oclusión intestinal. Una de ellas presentaba el cuadro de oclusión con distensión subsiguiente a una oclusión neoplásica. Era un proceso escirroso de colon izquierdo que ha sido tratado por derivación intestinal a la piel (ano iliaco). El proceso neoplásico es muy bajo; porción de asa omega. El estado de la enferma ha mejorado notablemente después de la intervención; las soluciones hipertónicas de cloruro sódico por vía endovenosa han ejercido ese papel desintoxicante y protector contra la toxemia de que hemos hablado ya en otras ocasiones. La inyección de sulfato de sosa en las venas también ha producido un enérgico peristaltismo que ha conseguido hacer funcionar al intestino paralizado por intoxicación de sus paredes después de cuatro días de oclusión.

Pero, a pesar de la mejoría, veamos la enferma en conjunto y nos daremos cuenta de la utilidad de una derivación intestinal como tiempo previo a una intervención radical, a las ventajas de las colectomias en dos tiempos.

Esta enferma ha tenido dos días de hipo continuo; la

dieta hídrica y las inyecciones de soluciones hipertónicas han conseguido extinguirlo. Ese hipo no era más que expresión de una azotemia intensa, de la cual daban también razón el timpanismo abdominal y la somnolencia. Ese estado es frequentísimo en los enfermos neoplásicos; en los neoplásicos con oclusión el grado de azotemia sube de punto; quizás sea contra ese estado contra el que tan brillantemente actúan las soluciones hipertónicas. Por otro lado, esta enferma tiene disnea y fiebre. La auscultamos y apreciamos disminución de murmullo vesicular en ambos planos posteriores. Hipostasis se llamaba antes a este cuadro; atelectasia pulmonar le llamamos ahora. Esta enferma ha vaciado en parte sus pulmones de aire porque el dolor de su abdomen le invita a contener su respiración; espira, pero no inspira, y la vesícula pulmonar pierde aire y el pulmón se condensa y hepatisa.

En cuanto hemos podido sentar a la enferma, el cuadro se ha modificado favorablemente.

Finalmente esta mujer presenta úlceras por decúbito, y las ha presentado precozmente, a los dos o tres días de su ingreso. Quizás no haya habido en el personal de enfermeros el suficiente cuidado para prevenirlas. Pero fuera de esa consideración, la extensión de las mismas es desproporcionada a su tiempo de quietud en su cama y a la posibilidad de alguna movilidad en la misma. Signos son éstos de alteración metabólica que nos hacen ver difícil una intervención radical.

La otra enferma con cuadro oclusivo no ha requerido intervención. La peristaltina, las soluciones hipertónicas y algunos enemas salinos han resuelto el cuadro, más bien obstructivo que oclusivo. En esta enferma el diagnóstico causal se hizo radiológicamente. En la porción pélvica del colon se aprecia una deformación en forma de ángulo entrante, que por lo limpio de sus contornos hace desechar la idea neoplásica. Es probablemente una brida pericólica que estrechando la luz intestinal ha originado un éxtasis cecal. Alguien a la vista de la radiografía ha creído ver un gran émbolo.

No es la imagen radiológica la que hoy ha llevado a sentar el criterio de éxtasis cecal; es el despeño de masas duras abundantísimas que la enferma ha evacuado con los enemas y bajo la acción de los otros medios puestos en juego. Estas crisis obstructivas por acumulación de heces son frecuentes en personas de edad avanzada, y tan considerable puede ser la retención que simulen verdaderas neoplasias.

CARCINOMA DE COLON

Dr. Orense Prats. - Enferma con signos de estenosis intestinal y algunas melenas. Los antecedentes nos orientan en un sentido neoplásico, pues la enferma, en perfecta salud, de pronto comenzó a enflaquecer y a sentir molestias crecientes en el recto; estas molestias han llegado últimamente a convertirse en dolores intensos primeramente al defecar y más tarde aun en los intervalos. Las deposiciones eran en forma caprina, en número de nueve o diez escibalos por deposición. Las heces eran oscuras, y tanto por los dolores como por la astenia subsiguiente a las perturbaciones digestivas y a la pérdida sanguínea continuada, la enferma hubo de permanecer en cama. En estas condiciones, y para dejar en reposo la región, previa rectoscopia y clisé radiográfico se le hizo un ano iliaco izquierdo. A pesar, dice, los sufrimientos siguen, aunque atenuados.

Se trata de un carcinoma escirroso anular supream-pular. La forma histológica podrá ser: o epitelioma cilin-

drico, bien en tubos pseudoglandulares, o en cilindros macizos, o bien en forma de carcinoma alveolar con fuerte infiltración conjuntiva.

En este caso se ha practicado ya el primer tiempo de una intervención radical; el segundo tiempo consistirá en la extirpación del recto por vía abdominoperineal. Mas antes de llegar a él deberemos investigar si existen o no localizaciones metastáticas viscerales, de las cuales tenemos sospechas por el mal estado general de la enferma.

BIBLIOGRAFIA ⁽¹⁾

CHIMIE BIOLOGIQUE MEDICAL, por E. Derrien et G. Fontés. 3.^a edición, J. B. Baillière & Fils. París, 1931.

Nuevamente nos hallamos frente a otra Química biológica.

Como ya hace suponer el título, su contenido está visto desde un punto de vista, casi exclusivamente pudiéramos decir, médico. Sigue al plan de la mayoría de estos manuales. El que nos ocupa contiene, además, intercalados algunos métodos de valoración e investigaciones químico-médicas de las sustancias más importantes. Los métodos, a decir verdad, están bien escogidos. En general, son de resultados seguros.

Notamos que la importancia concedida a esta parte sobrepasa, por la elección de los métodos, en primer lugar, a la que dedican a química biológica, a tal punto que leyéndolo sin conocer su título muchos le creyeron fundamentalmente un manual de análisis con aditamentos químico-biológicos.

Por lo demás, bien expuestos los temas, de fácil comprensión.

Una cosa que resalta en este libro francés: la falta de patriotismo exclusivamente, tanto en las descripciones de los métodos como en las de química. Léense en él referencias de Kanitz, Matthews, Oppenheimer, Hirth, Folin, etc., con relativa frecuencia.

Los autores dan al final una lista breve de las principales fuentes de documentación para el estudiante e investigador en Bioquímica médica.

A. MORANA JIMÉNEZ

HIPERSENSIBILIDADES ESPECÍFICAS EN LAS AFECCIONES CUTÁNEAS. ANAFILAXIA, IDIOSINCRASIA, por el Dr. Pasteur Vallery Radot y la señorita V. Heimann. Un tomo de 178 páginas. Editorial Plus Ultra, 1932.

La obra de Pasteur Vallery Radot y la señorita Heimann, que acabamos de recibir, es un librito muy interesante dedicado al estudio de las hipersensibilidades específicas en las afecciones cutáneas. Trátase, como nadie ignora, de uno de los más interesantes temas que actualmente ocupan la atención de los médicos del mundo entero y muy particularmente de los dermatólogos, en el cual cada día aparecen sugerencias nuevas y aplicaciones a la clínica de un interés mayor. Con estas palabras queda, por lo tanto, señalada *a priori* la importancia e interés con que esta obra ha de ser acogida por todos los profesionales españoles. Tanto más, cuanto que a su interés genérico auna el prestigio que le presta el nombre de Pasteur Vallery, una de las personali-

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

dades científicas francesas que más detenidamente han investigado en estas cuestiones.

En otras ocasiones, y en nuestro interés por estas particulares cuestiones de nuestra especialidad, nos hemos ocupado con detalle de los trabajos que el mencionado autor y sus discípulos han publicado sobre estas materias y de la luz que ellos han arrojado sobre la complicada cuestión de las enfermedades cutáneas de origen anafiláctico. Por esta razón no hemos de insistir en este lugar sobre la importancia de las materias de que trata este libro, ya que ello nos llevaría a repeticiones que harían muy extensa esta referencia. Unicamente queremos señalar la aparición de esta obra, en la que los lectores de lengua española han de encontrar materia muy interesante para su práctica y sus investigaciones.

La presentación material de la obra, correcta y agradable.

DR. TOMÉ BONA

Enero 1932.

PRINCIPIOS ESENCIALES DE ACROFÍSICA, por el Dr. Camilo Calleja y García. Un tomo de 225 páginas, 6 pesetas. Gráficas Reunidas, S. A., Madrid, 1931.

El Dr. Calleja nos ha enviado con el tomo que en otra ocasión hicimos referencia, dedicado al estudio de la teoría de Einstein, un enjundioso volumen dedicado al estudio de los principios esenciales de la acrofísica, física superior o ultramatemática, en la que de un modo rigurosamente científico se estudia con un criterio original la causalidad de la gravitación, la marea y del magnetismo terrestre.

Razones elementales de incompetencia nos impiden como hubiera sido nuestro deseo y requiere la obra, haber podido efectuar un detenido estudio crítico de tan interesante obra. Por lo tanto, basten estas breves líneas para señalar la aparición de este libro de alta ciencia matemática, debido a la inteligencia y a la pluma de un distinguido compañero que ha sabido destacar al propio tiempo en el campo de la medicina y de la matemática.

DR. T. B.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

N, Gerson. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DEL «RÉGIMEN DE GERSON». — Después de las publicaciones de Sauerbruch y Hermansdorfert, Gerson ha proseguido sus investigaciones sobre el régimen dietético de que es autor, modificando algunos puntos de su técnica y, sobre todo, extendiendo sus indicaciones.

Mientras que el gran clínico Sauerbruch y su colaborador Hermansdorfert estudiaban el papel de la dieta de Gerson únicamente en las tuberculosis pulmonar, ósea y cutánea, el introductor de este régimen extendía sus indicaciones a todas las enfermedades crónicas, considerando que se trataba de un principio general a todas ellas aplicable. El terreno orgánico, según Gerson, predispuesto a las afecciones de evolución lenta, sufre con motivo del régimen una transformación favorable con modificación de los cambios.

Las observaciones de Gerson, en extremo numerosas, le han mostrado, según afirma, los beneficiosos resultados de

GASTRITIS DOLOROSAS
HYPERCLORHIDRIA
ULCERAS

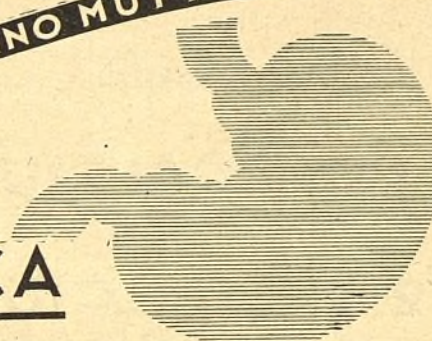
KAOLINASE
KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA

LABORATORIO
— TIÓ —
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA



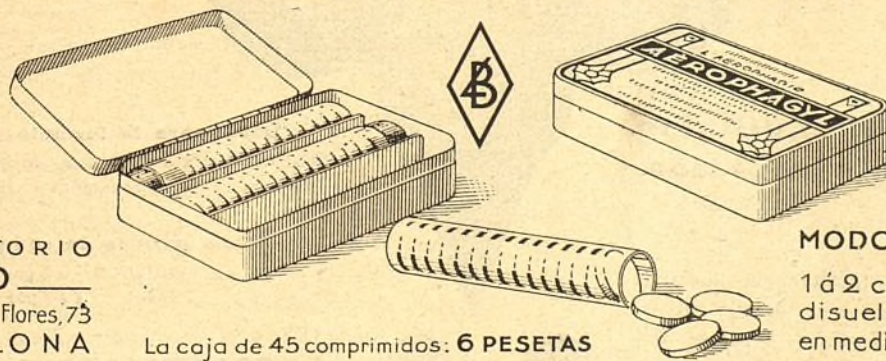
La caja de
20 dosis
de 10 gramos
5 PESETAS



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 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....



del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM
Sellos, Comprimidos, Granulados

**2º OPOCALCIUM
IRRADIADO**
Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM
arseniado - *Sellos*

4º OPOCALCIUM
guayacolado - *Sellos*

LABORATORIOS A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, AV. GAMBETTA. PARIS

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

ANTIANAFILAXIA
CITOFILAXIA
PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacласine

RANSON
(ἀνὰ-CONTRA, κλᾱσις-SHOCK)
Asociación antianafiláctica polivalente



**Restablece el equilibrio
humoral y simpático.**

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

Dosis para la fórmula granulada:
ADULTOS: 4 a 6 cucharadas de las de café por día.
NIÑOS: 1 a 2 cucharadas de las de café por día.

Dosis para la de comprimidos:
ADULTOS: a 5 por día.
NIÑOS: 1 a 3 por día.

LABORATOIRES A. RANSON
DOCTOR EN FARMACIA
121, Avenue Gambetta, PARIS

su régimen en ciertas y determinadas afecciones. En otras ha obtenido éxitos aislados que nada le permiten deducir de un modo definitivo.

Aparte de las tuberculosis pulmonar, laríngea, renal, osteoarticular y cutánea, donde con mayor frecuencia se han observado mejorías es en las migrañas.

El reumatismo deformante se ha influenciado favorablemente, no sólo en lo que se refiere a la evolución clínica, sino también desde el punto de vista radiológico. Según los casos pueden ser útiles diversos procedimientos coadyuvantes (amigdalectomía, opoterapia, gimnasia, etc.). En esta afección la carencia de albúminas debe ser muy marcada.

En la epilepsia el éxito de la dieta, sería, según Gerson, debido más a la carencia de cloro que a la absorción de bromo.

Las afecciones cutáneas se influncian igualmente de un modo favorable. El lupus cura no tanto por una acción antituberculosa específica de la dieta, como por la modificación general producida por ella, como lo prueban la regresión simultánea de las lesiones cutáneas y de los fenómenos de migraña en algún caso concomitantes.

En el psoriasis se observa una notable mejoría y a veces hasta una curación absoluta de formas muy antiguas.

Recordaremos también los resultados favorables obtenidos, según Gerson, en casos de esclerodermia y micosis fungoide, actinomicosis y queloides.

La acción general de este régimen se ha observado también en las sedaciones sintomáticas observadas en los casos de esclerosis en placas, tabes, angor pectoris, etc.

Las dismenorreas y, sobre todo, el flujo blanco logran con este método una clara regresión.

Las afecciones crónicas no tuberculosas de las vías respiratorias se influncian igualmente de un modo favorable por esta dieta, muy especialmente el asma bronquial. Igualmente los resultados dice haber obtenido Gerson en los hipertensos y arterioescleróticos.

Para obtener éxitos terapéuticos es necesario no aplicar uniforme y ciegamente el régimen.

El nuevo régimen prescrito por Gerson en el trabajo que extractamos difiere en bastantes puntos del que han empleado Sauerbruch y Hermansdorffert.

A la inversa de sus primeras hipótesis, Gerson ha comprobado que el régimen tiene una acción acidificante y no alcalinizante como entonces afirmaba. Sin tener en cuenta estas nociones teóricas había restringido de un modo considerable la ración de albúmina hasta 67 gramos por día, de los cuales 12 eran de albúmina vegetal.

Actualmente no da más que 100 gramos de carne y 70 de pescado por semana, y aun en determinados enfermos llega a suprimir por completo estos dos alimentos, mientras que Hermansdorffert autoriza más de 600 gramos de carne, pescado y sustancias nitrogenadas en el mismo espacio de tiempo.

Únicamente la yema de huevo es permitida, prohibiéndose la crema y autorizándose como máximo 250 gramos de leche.

Los asmáticos, eczematosos, hipertensos, etc., practicarán un régimen aún más restringido, mientras que los tuberculosos y basedowianos ingerirán diariamente de 100 a 150 gramos de albúmina por día.

Por otra parte, son suprimidos los líquidos (sopas, agua, limonadas, cervezas, té, café, vino, etc.), reemplazándose por una alimentación rica en vegetales, frutas y legumbres. Algunos días el régimen estará integrado únicamente por vegetales crudos. El aporte vitamínico realizado de este modo puede ser aumentado por la ingestión de mineralogen, obteniéndose por este medio una disminución del cloro y un aumento de otras sales minerales.

Hay que anotar igualmente la utilidad con frecuencia registrada al añadir al régimen aceite de hígado de bacalao.

Gerson indica en este trabajo la constitución de la ración cotidiana y semanal, las cantidades de alimentos permitidos y su valor calórico, así como la cantidad de cloruro de sodio que contienen.

Las albúminas constituyen el 10 por 100; las grasas, el 56 por 100, y los hidratos de carbono, el 34 por 100 de la ración calórica.

Según Gerson, las modificaciones humorales serán particularmente favorables y conducirán a la regresión rápida de los síntomas resistentes a las terapéuticas habituales. (*Munch. med. Woch.*, núm. 23, 1930).—Dr. TOMÉ BONA.

Nota del traductor.—Habría podido observar el lector de qué modo tan particularmente insistente hemos procurado condicionar las opiniones resumidas en la presente *referata* al criterio puramente personal de Gerson. Hemos querido extraer este trabajo para dar siquiera un esquema de la última opinión del autor alemán, aunque no queremos silenciar para los que aún lo ignoren el empirismo fundamental y el fin comercial que ha inspirado a Gerson en la propaganda de su régimen dietético, indudablemente acertado en un limitado sector de la Patología. El querer presentar su régimen como una verdadera panacea de los padecimientos crónicos, generales y locales, es una cosa aún por nadie comprobada, y lo que es más, negada por las altas autoridades científicas que de esta cuestión se han ocupado. Se trata aquí, por desgracia, de una habilidad con fines económicos, desde el punto y hora en que el citado Gerson dirige en Alemania un sanatorio para la práctica de su dieta. Es el mismo espíritu que en los albores de este método ideó el *remedio secreto*, hoy ya poco aconsejado por su mismo autor, titulado comercialmente «Mineralogen».

Este hecho, sin embargo, no resta méritos a la dieta en sí. Dieta que experimentada y analizada por el espíritu científico del gran Sauerbruch, se ha convertido en un útil remedio que todos empleamos con éxito en ciertos y determinados casos. Este mismo autor, Hermansdorffert, Apitz, etcétera, han señalado los resultados negativos comprobados en muchos de los padecimientos tratados, según afirma con éxito, por el Dr. Gerson.

No es la brevedad de esta nota, inadecuada y extraña en esta sección, lugar para sintetizar las indicaciones de esta dieta según el criterio de la ciencia. Bástenos afirmar que, según el estado actual de las investigaciones, la dieta de Gerson parece tener sus indicaciones en las tuberculosis óseas y cutáneas, siendo inútil y hasta perjudicial, según algunos, en la tuberculosis pulmonar. En alguna ocasión ofreceremos a nuestros lectores, y en trabajo aparte, el estado actual de esta cuestión. Por el momento baste con lo dicho para no llevar una sugestión errónea al espíritu de los lectores.—Dr. T. B.

J. S. Schwarzmann. EFECTOS DEL EXTRACTO DE MÚSCULOS DEL ESQUELETO (MIOSTON) SOBRE LOS CENTROS VEGETATIVOS EN GENERAL Y SOBRE EL ECZEMA EN PARTICULAR.—Hace tiempo demostró el autor que, en condiciones normales, se produce en los músculos una sustancia antiespástica, cuya falta es causa de los estados anginosos. De ahí su idea de obtener un extracto de músculos estriados a fin de combatir la angina de pecho. Los resultados fueron lo suficientemente satisfactorios para hacerle proseguir en la vía emprendida y ampliar las indicaciones terapéuticas de dicho extracto (el mioston) a la claudicación intermitente.

al asma cardíaca y a la hipertonia esencial, enfermedades todas en las que existe un espasmo vascular, espasmo que desaparecería por la acción del medicamento.

Ulteriores observaciones le dieron la evidencia de que con el mioston o sus similares no sólo se corregía y atemperaba la excitabilidad de los vasoconstrictores, también la de los vasodilatadores se modificaba favorablemente.

Esto le llevó a estudiar los efectos de los extractos musculares sobre los centros neurovegetativos en general, y pudo comprobar sus buenos efectos como moderadores de toda hiperexcitabilidad de este sistema. Así vió que en los arterioscleróticos el sueño no era más largo, pero sí más profundo y reparador después del tratamiento por el mioston. En los hipertónicos comprobó que tras un período de somnolencia y abatimiento se mejoraba notablemente su tono biopsíquico, se sentían mejor y más fuertes, y su aspecto, lenguaje, mímica y movimientos en general eran más vivos y seguros. Al mismo tiempo la hiperexcitabilidad emotiva desaparecía, así como la irritabilidad propia de estos enfermos.

Amortiguaba también la hipertonicidad de las fibras lisas, los espasmos esofágicos, gástricos e intestinales cesaban, y de ahí su acción analgésica en la úlcera gástrica y en ciertos síntomas influidos y exagerados por estos espasmos.

Posteriormente estudió los efectos del mioston en el eczema, enfermedad que con tanta frecuencia se acompaña de síntomas de trastornos vegetativos y en la que indudablemente existe un desarreglo vascular y nutritivo de la piel. Según Schwarzmann, los resultados obtenidos fueron muy brillantes. Desde luego mejoraba síntoma tan molesto como el prurito, y con él, el insomnio, excitación general, etc. La exudación se acentuaba en los primeros días para ceder bien pronto; perdía su tensión la piel, recobraba su coloración normal, no se presentaban nuevos brotes y el paciente curaba. Como las observaciones son recientes el autor carece de experiencia sobre las posibles recidivas. Todos éstos se obtuvieron con sólo 6 o 7 dosis de mioston y muchas veces en pacientes en que habían fracasado gran número de medicaciones. (*Munch. med. Woch.*, 1931, números 35 y 37).—F. G. D.

Thomas R. Brown. EFECTOS DEL HIPOTIROIDISMO EN LA FUNCIÓN GASTROINTESTINAL.—Del estudio de un grupo de casos con metabolismo fundamental disminuido, de unos pocos de mixedema franco o por lo menos de forma frustrada, y de otros en los que el metabolismo fundamental registrado era poco inferior al que se estima como corriente en su límite inferior, cree el autor poder deducir las siguientes conclusiones:

1.^a No hay un cuadro clínico gastrointestinal característico de todos estos casos; los síntomas digestivos, gástricos o intestinales son de naturaleza puramente funcional y en modo alguno diferentes de los que se observan en otros muchísimos estados morbosos.

2.^a Es evidente, sin embargo, que el hipotiroidismo, sobre todo si las cifras del metabolismo son muy bajas, desempeña un papel importante en ciertos casos de estreñimiento pertinaz e incorregible por los remedios corrientes, que se observa sobre todo en las mujeres que tienen de cuarenta a cincuenta años. La presencia del hipotiroidismo se demuestra en estos casos por el brillante éxito que se obtiene administrando el extracto de tiroides en dosis apropiadas. En cuanto a la secreción gástrica, en los casos en que el metabolismo fundamental sufre sólo ligeras reducciones, es decir, cuando las cifras oscilan entre menos 10 a menos 20, es absolutamente normal y no se diferencia de

las que se observan en individuos sanos con un metabolismo de menos 10 a más 10. Pero en aquellos casos en que las cifras son más bajas—menos 20 y menores—hay una tendencia notable a la subacidez gástrica y en muchos casos puede presentarse la anaclorhidria.

3.^a En los casos de estreñimiento rebelde, sobre todo en mujeres de cuarenta a cincuenta años, es conveniente pensar siempre en un hipotiroidismo ignorado, cosa relativamente fácil de comprobar por las cifras del metabolismo fundamental y por los efectos terapéuticos que se obtienen con el extracto de tiroides cuando las cifras de aquél son bajas. (*The Journal of the American Medical Association*, 22 de Agosto de 1931).—F. G. D.

C. Sorrentino. EL VALOR ANTIDIFTÉRICO DEL SUERO DE LOS RECIÉN NACIDOS NORMALES Y DE AQUELLOS OTROS CUYA MADRE FUÉ VACUNADA POR LA ANATOXINA RAMON EN LOS ÚLTIMOS MESES DEL EMBARAZO.—Sintetiza el autor en su trabajo los hechos recogidos por la experiencia referentes a la inmunidad casi completa de los recién nacidos a la infección diftérica, corroborada por el enorme tanto por ciento de Schick negativos y las diversas teorías expresadas para explicarlo. Reconoce el autor la existencia de esa inmunidad, que no es absoluta, y habla de la benignidad de las infecciones diftéricas en las primeras semanas de la vida, de la menor frecuencia de las localizaciones faríngeas, abundando, en cambio, las onfalitis, rinitis y conjuntivitis diftéricas, de la pobreza o falta de exudado fibrinoso, y consiguientemente de las falsas membranas, predominando las lesiones inflamatorias banales tipo catarral y la ausencia de complicaciones por parte del sistema nervioso.

No cree que esto puede explicarse por inmunidad tisular propia de los tejidos jóvenes, ni que el Schick negativo se deba al exceso o nulo poder reactivo de la piel.

Buscando una explicación humoral investigó en una primera serie de experiencias el poder antitóxico del suero de los recién nacidos normales, encontrando que de 18 niños explorados 16 tenían un poder antitóxico superior a $\frac{1}{50}$ de unidad antitóxica y solamente dos tenían un suero pobre en substancias defensivas. De los primeros 16 niños, cinco tenían un suero con un poder antitóxico superior a $\frac{1}{10}$ de unidad antitóxica.

Como esto no podía explicarse como inmunidad adquirida por pequeños y repetidos contagios, creyó el autor que se debía al paso de antitoxinas de la madre al feto a través de la placenta.

Para comprobarlo vacunó 14 embarazadas en su séptimo mes con las tres inyecciones consabidas de la anatoxina Ramon y valoró más tarde el valor antitóxico del suero de los recién nacidos de estas madres vacunadas, encontrando que cuatro tenían un suero con un valor superior a una unidad antitóxica; dos, valores superiores a $\frac{3}{4}$ de unidad antitóxica; ocho, valores superiores a $\frac{1}{2}$ unidad. Como el valor máximo encontrado en los recién nacidos normales no sobrepasaba el $\frac{1}{10}$ de unidad, deduce el autor que en estos niños nacidos de madre vacunada la inmunidad materna se transmitió a través de la placenta y cree que en todos los casos ocurre igual, siendo la inmunidad del niño al nacer fiel reflejo de la inmunidad de la madre al fin del embarazo. (*La Pediatría*, 1931, fascículo 16).—F. G. D.



Asociación
Digitalina-Dabaina



reemplaza con ventaja
a Digital y Digitalina.

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

LABORATOIRES DEGLAUDE 6, Rue d'Assas
PARIS VI.

Muestras y J. M. BALASCH
literatura: Agente general para España.

Diagonal, 440.
BARCELONA



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.

Fídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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)

CATARROS FOSFOTIOL : : TOSES : :

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOL

Se obtienen resultados positivos y rápidos con este preparado en las afecciones pulmonares, catarros bronquiales y gripales, desgaste orgánico, escrofulismo e inapetencias.

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.

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

VACANTES

—Por renuncia, la de médico titular de San Mamés de Campos (Palencia), partido judicial de Carrión de los Condes, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 407; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Igualas de 3.000 a 3.500 pesetas.

Datos.—Villa a 3 kilómetros de la cabeza de partido y a 40 de la capital. La estación más próxima, Frómista y Osorno, a 18 kilómetros. Carretera. Río.

Continúa en la página siguiente.

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: Xucá, 21, Barcelona, en la Farmacia Almira y Laboratorio, Plaza de Guimerá, 14, Vilasar de Mar y en las principales Farmacias y Droguerías.

MONOGRAFÍAS

BIBLIOTECA DE GRAN INTERES PRACTICO

Son por demás interesantes y económicas las obras que publicamos de esta Biblioteca.

Tomos encuadrados a 1,50 ptas

que para dos automóviles que vayan en el mismo sentido; pero, ¿y si te embiste por el flanco?

—¡Ah, siempre lo mismo! Yo suprimo las tres cuartas partes de los accidentes y tú tienes que denigrar mi invento con tus críticas. «¿Y los choques por el flanco? ¿Has pensado en ello?». Sí, querido mío, he pensado en ello. ¡Con esto te epato definitivamente! Veo bien que te epato. Mira: mi techo está montado sobre un eje. ¿Entiendes? Es longitudinal, desde luego. Pero puede tomar la posición transversal y aun oblicua. No lo esperabas, ¿eh? No tienes fe. Me disgustas. Otros la tendrán por ti. ¡Bah, estoy tranquilo! Ahora que cuando lance mi máquina tú no podrás alabarte de haber sido un precursor que me ha animado. Porque entonces..., en tonces..., tú comprendes... Los que no se han batido no tienen derecho a subir sobre el carro del triunfo...

Yo no subiré, pues, sobre el carro del triunfo.

BEN JOYCE

LIBROS DE MEDICINA
R. Chena y C.º, Atocha, 145, Madrid.

NUESTROS PARASITOS

LA ASCÁRIDE

(*Ascaris lumbricoides*.)

Este parásito es de los más cosmopolitas. Se le encuentra en las regiones árticas y en los trópicos. Sin embargo, prefiere los climas cálidos, y en ciertos países, todo el mundo, rico o pobre, joven o viejo, le sirve de huésped. Por lo general está más difundido en el campo que en la ciudad, y es más común en el niño o el adolescente que en el adulto o en el recién nacido. Sin duda se le encuentra más a menudo en el campo por ser el agua más o menos pura. Reina este parásito en las regiones donde las legumbres son contaminadas por las materias fecales que contienen huevos de lombriz.

Puesto que en ciertos países donde abunda la ascáride los habitantes que son sus involuntarias víctimas no parecen pasarlo mal, cabe preguntarse: «¿Por qué prestar atención a esta lombriz?»

Es que a veces, y sobre todo si se trata de los niños, puede causar serios males. Puede provocar convulsiones, perturbaciones de la vista, del olfato, del gusto, del oído, vértigos, desórdenes histéricos y mentales, terrores nocturnos. El huésped puede también padecer de vómitos, de dispepsia, de náuseas, de cólicos y de varios otros síntomas que desaparecen en cuanto han sido expulsadas todas las lombrices.

El ciclo de existencia de la ascáride

CARABAÑA: el mejor purgante.

empieza en el huevo, que abunda por millares en las evacuaciones. El número de huevos es tan prodigioso que con un microscopio se pueden distinguir varios de éstos en una cantidad de materias fecales no más gruesa que una

cabeza de alfiler. Pero si la temperatura es desfavorable, a veces el huevo puede permanecer tal cual es durante cinco años, resistiendo en verano a la sequía y en invierno a la helada.

Después de ser transportado en el

Estreñimiento:

Supositorios Evacuantes
Ribalta. De eficacia infalible. Prospectos gratis.

Preparación de óvulos y supositorios.

Rambla Cataluña, 44, Barcelona

estiercol a la huerta, el huevo encuentra refugio en las hojas de lechuga de la ensalada. Apenas el embrión ha sido absorbido, sale de su cascarón y en un mes llega a su madurez, poniendo entonces gran cantidad de huevos.

En general, en los climas templados es raro encontrar más de diez lombrices en el intestino del adulto, pero en los trópicos, centenares de lombrices pueden alojarse en el intestino del mismo huésped.

El macho mide de 15 a 25 centímetros de largo por 5 milímetros de ancho y la hembra de 20 centímetros de largo por 8 milímetros de ancho. Dado su volumen, es fácil darse cuenta de los graves malestares que pueden producir centenares de estas lombrices. Son particularmente desagradables cuando abandonan a su huésped, saliendo ya sea por la boca, ya por el colon y a veces por la nariz.

No es posible equivocarse acerca de la naturaleza de la lombriz adulta cuando ha abandonado su refugio normal, o sea el intestino del hombre. Macho y hembra son de forma cilíndrica con extremidades puntiagudas; el color es gris o sonrosado; la piel lisa y semitransparente permite distinguir el contorno de sus órganos internos. La extremidad caudal de la hembra es recta y la del macho muy curvada.

Pueden ser expulsados estos parásitos

Jarabe Bebé. - Tetradinamo. - Septicemiol. - Purgantil (Jarabe de Frutas)

Véase anuncio, página III.

tos de una sola vez, administrando al enfermo santonina acompañada de un purgante de calomelanos o de aceite de ricino. En los trópicos y las regiones donde está muy difundida la ascáride se acostumbra suministrar santonina a los niños dos veces por año. La dosis exacta de la santonina debe estar proporcionada a la edad del paciente y debe ser prescrita por el médico.

Una vez que el parásito ha sido expulsado, debe evitarse la reinfección. La mejor medida preventiva es cuidar que el agua que se beba sea pura. En general, en las grandes ciudades el agua está purificada, pero en el campo es necesario hervirla. Todas las legumbres sospechosas que puedan estar contaminadas deberán ser cocidas o lavadas con agua cocida.

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

LA CIENCIA tiene raíces amargas, pero su fruto es dulce.

ISÓCRATES.

La enfermedad de Napoleón.

En todas las vidas de Napoleón que han sido escritas y han merecido publicarse, se caracteriza una nota particular que sorprende la atención del lector en ciertos pasajes y que prueba la irresolución por sus asuntos que el gran personaje manifestó a partir del 1812. Desde esta época, el emperador no sabe ya querer, deja instintivamente pasar la hora y cuando se decide es ya demasiado tarde.

Cuanto más rápida intervención exigen las circunstancias, más vacilaciones le asaltan y más tarde acude en su apoyo. El Dr. Aly Krogius, de Helsingfors, explica estos desfallecimientos por la existencia de un tumor en una glándula de la base del cerebro: la hipófisis.

Los tumores de esta glándula se revelan en el examen radiográfico por las deformaciones de la cavidad ósea en que se aloja y reposa la glándula y

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

los signos generales coinciden por completo con los sufrimientos de los últimos días de la vida del emperador. Como es sabido, sucumbió a consecuencia de un cáncer en el estómago. Pero hace varios años que se viene creyendo que, por el aspecto que presentaban las perturbaciones que sufrió, no podían ser otras causas que las de un hipofisáneo. A partir de 1812 deja de experimentar los atractivos femeninos que le subyugaban y se establece un completo silencio sobre las galantes aventuras de Napoleón, y en el proceso verbal de su autopsia se declara la atrofia de su virilidad.

Mas esto es otro signo de los tumores de hipófisis. Por si fuera poco, aparecen también una marcada adiposidad, una blancura de la piel afeminada, un sistema piloso poco desenvuelto y otro cortejo de síntomas que marcan bien a las claras la indiferencia sexual. En Santa Elena le aparecieron males de cabeza, vértigos, crisis convulsivas, etcétera, que llevaron a la creencia de la epilepsia, de que se acusó al gran hombre, habiéndose demostrado documentalmente su falsa existencia, confirmando a su vez, cada día más claramente, los síntomas del tumor hipofisáneo.

Corvisard había observado hacia mucho tiempo la debilidad del pulso acusada entre 54 y 60 pulsaciones. Sobre este punto, que todo el mundo afirma, Cabanés, hace ya algún tiempo, emitió una interrogación.

Durante su cautiverio se acentúa se-

Para las Estafilococlas de todas clases forúnculos, ántrax, erupciones de primavera y verano **BARDANOL**.

Finalmente su decadencia intelectual y, a partir de 1819, su trabajo es interrumpido por somnolencias, y los grandes períodos de apatía abaten su poderosa atención.

Al no haberle sido abierto y exami-

nado el cráneo al ejecutar la autopsia, la evidencia del tumor hipofisario que aclarase las perturbaciones sufridas por el emperador, no ha quedado demostrada, y su certeza no podrá de mostrarse hasta no hacer un examen radiológico del cráneo. Por de pronto, el misterio permanece aún.

M. P. B.

ANTIPHLOGISTINE

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

LAS HIJAS de las madres que amé [tanto me gustan más o por lo menos tanto.

FONTELLAN.

**

MIENTRAS más practiques lo que sabes, mejor sabrás lo que debes practicar.

W. JENKIN.

¿La ciencia es benéfica o peligrosa?

Desde fines del siglo XVIII sobre todo, ha tomado muchas veces su revancha. Si se reflexionase un poco, podría apreciarse que la especie humana acaba de vivir un período de ciento cincuenta años que no ha tenido semejanza, pe. o que debería haberle roto sus nervios por haber estado, a la vez que lleno de grandeza, lleno de tormentos, y a la vez que ser magnífico ser también sordamente trágico. Aunque no tomásemos en cuenta más que los progresos de la ciencia y sus aplicaciones, tendríamos materia suficiente para quedar admirados, y ¿cómo no entonar un canto de triunfo? M. Carlos Richet, aunque con ritmo grave, ha sabido modularle en la *Revista de dos Mundos*, donde en unas reflexiones sobre la ciencia la anima de un entusiasmo sin reservas, y es ciertamente admirable el ver cómo arde ese fuego juvenil en el alma de un gran sabio a quien honran una vida de descubrimientos y constante estudio. Carlos Richet, echando una mirada sobre lo que he nos convenido en llamar la evolución de la humanidad, experimenta el mismo sentimiento de vértigo que se antepone también a nuestras miradas profanas.

La ciencia precipita su curso. Del hombre primitivo a Hesiodo hay más de cincuenta mil años; de Hesiodo a Leonardo de Vinci, dos mil quinientos; de

ADQUIERA las
OBRAS DE MEDICINA
en R. Chena y C.º, Atocha, 145, Madrid.

éste a Franklin, trescientos cincuenta, y de éste a nuestros días, ciento cincuenta. Cada uno de estos períodos fué sin duda alguna menos fecundo que el presente.

Esta aceleración del progreso científico causa vértigo. Por otra parte, aunque la humanidad es muy joven, la ciencia es más joven aun; está en su primitiva infancia, en la cierta y vaga infancia, y es muy probable que la marcha siga adelante.

Por otra parte, sus avances han de ser

curiosos, ya que la historia de las ciencias es una historia llena de errores, y una vieja biblioteca científica es sencillamente una siniestra necrópolis. Se dirá, no sin fundamento, que el cerebro humano no alcanza la verdad más que de soslayo y por aproximaciones, con la particularidad de que cada una de ellas destruye a la anterior. Es verdad que la alcanza, y Carlos Richet, que pretende expresar la poesía de esta profunda verdad, transpone brillantemente sobre el mundo moderno las consideraciones que inspiraron a Pascal la existencia de los dos infinitos:

Vanamente los novelistas y los poetas agotarán y torturarán su imaginación. Hay mucho más de extraordinario en los abismos de la Física que en las invenciones de Shcherazade. Las maravillosas aventuras de Simbad el Marino y de Aladino son demasiado débiles en comparación con estos minúsculos electrones que gravitan alrededor de un núcleo central, como los planetas lo hacen alrededor del sol. Y en una milésima de miligramo de hidrógeno los mundos solares en miniatura se cuentan por miles de millares. Lo que más sorprende es que hayan podido ser contados, y la física, apoyada en las matemáticas,



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.

Codeína . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

recio al público:

4,40 ptas.

nos describe la forma y la rapidez de su curso y la distancia que los separa del núcleo central. ¿Puede haber en la imaginación humana mayores maravillas que las nebulosas, esas vías lácteas, esas islas universales, casi invisibles, aunque accesibles a las fotografías telescópicas?

Si ciertamente contemplamos con detenimiento estos prodigios, no puede sorprendernos que la imaginación y aun la razón misma queden confundidas. Pero por sí mismas o por sus aplicaciones de cincuenta años a esta parte, ¿han conseguido que sea el hombre más feliz? ¿Han conseguido llenar los deseos de su corazón, o han siquiera iluminado el objeto primordial de su vida? Se comienza, ¡ay!, a dudar de ello, y la expresión de esta duda tan dolorosa va formando crecientemente su ambiente por todo el mundo como puede comprobarse entre los sentimientos expresados al cantar las glorias de Edison a su

CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

desaparición, siendo M. Albert Flament quien lo formula con sencillez patética en la *Revue de Paris*. Después de haber

trazado un croquis hábil de Bastelli, tiritero italiano a quien se aplaudía con calor en el circo Medrano, el pintor de los cuadros de París se interrumpe para comprobar que en el círculo, donde el motor es únicamente humano, experimentamos esta sensación, por lo demás bastante reconfortante, de que nada cambia en absoluto y que el futuro y el pasado se cambian constantemente

"MALTOPOL"

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

sin tropezarse uno con otro. Por otra parte, en la ciudad el presente es muy diferente del pasado; pero ¿cómo será el futuro?

El hombre lo ha cambiado todo, y no se detendrá aún aquí. Jamás conocerá la felicidad, según sentencia que Dios le dictó al echarle del Paraíso terrestre, y estos genios ilustres, centenarios o con temporáneos aún, a quienes rendimos homenaje por considerarlos de superior inteligencia, deberían ser honrados más por lo que son en sí mismos que por los servicios que hayan prestado a la humanidad. Un italiano que hablaba conmigo el mismo día de la muerte de Edison de los descubrimientos de dos de sus compatriotas (un motor que al parecer marcha sin esencias de aceites, agua, etcétera), me decía: «Estos mozos valen cincuenta mil millares, pero seguramente fuera preferible despacharles metiéndoles algunas balas en el cuerpo! Pensaba sin duda en la cantidad de trabajadores que perderían sus ocupaciones en el mundo el día de mañana si su invención resultase feliz.

La humanidad muere y morirá por sus invenciones. La felicidad, ni se encuentra en las velocidades ni en las comodidades materiales cuando el amor no está presente. La pasión se alimenta de ausencias, y la longitud del tiempo es lo que hace preciosa la vida. Será preciso que nuestros recién venidos aprendan a vivir.

Esta educación necesaria para una humanidad que decididamente habrá transformado el Universo modificando el sentido del esfuerzo y aun el mismo ritmo de tiempo, no se cumplirá aún en un pequeño número de años, y sobre todo no se cumplirá sin grandes sufrimientos.

Traducido por

M. P. B.

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

ELIXIR CALLOL

LA SENCILLEZ infantil hace evidente, a veces, lo que el sabio no presente.

F. SCHILLER.

**

EL TRABAJO es el médico de la naturaleza e indispensable para la felicidad humana.

GALENO.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS DIGESTIL

(Nombre registrado.)

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

—Por renuncia, la de médico titular de Nogal de las Huertas y su anejo La Serna (Palencia), partido judicial de Carrión de los Condes, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 672; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar con Ayuntamiento a 7 kilómetros de la cabeza de partido y a 47 de la capital. La estación más próxima, Osorno, a 22 kilómetros. Carretera.

—En armonía de lo dispuesto en el Real decreto de este Ministerio, se anunciarán, para su provisión en propiedad, las vacantes de médicos con el plazo de un mes.

Las instancias, en papel de octava clase, se dirigirán al señor alcalde-presidente del Ayuntamiento, capitalidad del partido, acompañando a la misma la ficha de méritos.

—Por renuncia, la de médico titular de Albalate de las Nogueras (Cuenca), partido judicial de Priego, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1 015; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa con Ayuntamiento, a 13 kilómetros de la cabeza de partido y a 42 de la capital. La estación más próxima, Chillarón, a 42 kilómetros. Carretera.

(Continúa en la página siguiente.)



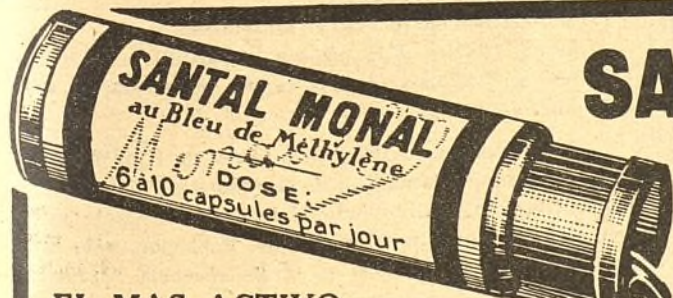
PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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)



SANTAL MONAL AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico
Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 a 10 capsulas al dia

EL MAS ACTIVO

EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{IE}, PARIS

Muestras y Literatura : M. BENEYTO, Representante, Antonio Maura, 5 y 7. Apartado 648, MADRID



CICA-SEPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada
con coralina.)

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.

Balneario de Carlos III TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas.

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

ALMORRANAS



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

Una librería de roble regalada.

Regalamos a usted una hermosa librería de tres cuerpos, de 1,50 mts. altura, de roble, si se suscribe a grandiosa colección de grandes novelas, lujosamente encuadernadas en tela. Autores: Palacio Valdés, Dickens, Cervantes, Dostoyewski, etc. Todos grandes maestros. (Nada de novelones; obras selectas.) Decore usted su casa con este mueble y obras de bello conjunto. Aumente su cultura asimilando los pensamientos de los grandes intelectuales. Distriga sus ratos de ocio. Amenidad para toda su vida. Precio irrisorio y a plazos de poco más de 5 ptas. mes.

¡GANGA!

Pida detalles

CENTRO LIBRERO HISPANOAMERICANO. CORDOBA

Don

Profesión: Domicilio:

— Por defunción, la de médico titular de Valenzuela (Córdoba), partido judicial de Baena, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 3.593; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 150; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 25 kilómetros de la cabeza de partido. La estación más próxima, Baena, a 26 kilómetros. Carretera.

—Por defunción, la de médico titular de Aldeanueva de la Vera (Cáceres), partido judicial de Jarandilla, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.274; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Méritos. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 4 kilómetros de la cabeza de partido y a 100 de la capital. La estación más próxima, Plasencia. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Torreandino (Burgos), partido judicial de Lerma, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.184; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 40; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Méritos.

Datos.—Villa a 65 kilómetros de la capital y a 16 de Roa, cuya estación es la más próxima.

—Por renuncia, la de médico titular de Olmeda del Rey y su anejo Chumillas (Cuenca), partido judicial de Cuenca, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.350; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 38 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Camino vecinal. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de Perazancas y su anejo Barrio de San Pedro (Palencia), partido judicial de Cervera de Pisuergra, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.240; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 12; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Igualas, 5.000 pesetas.

Datos.—Lugar a 15 kilómetros de la cabeza de partido y a 93 de la capital. La estación más próxima, Vado-Cervera, a 12 kilómetros. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Cañete y sus anejos Boniches, La Herguina y Campillos de Sierra (Cuenca), con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 2.802; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 60; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos de Cañete.—Villa, cabeza de partido de 1.570 habitantes, a 70 kilómetros de la capital, cuya estación es la más próxima. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de San Millán de Lara y sus anejos Jaramillos de la Fuente y Tinieblas de la Sierra (Burgos), partido judicial de Salas de los Infantes, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 485; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 23; instancias hasta el 29 de Febrero.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos de San Millán.—Villa con Ayuntamiento de 481 habitantes, a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 38 de la capital. La estación más próxima, Campo de Lara, a 6 kilómetros. Río.

(Continúa en la página siguiente.)

matidez relativa apenas si es un poco mayor que aquélla, porque el pericardio distendido rechaza los pulmones hacia los lados. Se han descrito muchos síntomas más referentes a la zona de matidez absoluta que se obtiene por la percusión del espacio precordial, pero no contribuye sino a hacer confusa la descripción y es preferible prescindir de ellos, solamente haremos excepción con uno por ser patognómico.

Nos referimos al hecho de que si al palpar la región precordial se marca el lugar del latido de la punta, lo cual es fácil porque ya hemos visto que el líquido no se interpone entre el corazón y la pared anterior, y luego se percute la matidez, se observa que la matidez absoluta se extiende más allá del sitio en que late la punta del corazón y esto solamente sucede en los casos de derrame pericardíaco. Los datos que proporcionan los demás métodos de exploración contribuyen con los que la percusión suministra para esclarecer el diagnóstico. Por inspección se observa a veces un abombamiento de la región precordial, pero es excepcionalísimo que suceda así, ni siquiera en el niño. El edema de la pared es rarísimo.

Cuando el diafragma se encuentra muy descendido se puede encontrar correlativamente un abombamiento del epigastrio; pero ni esto ni el levantamiento o la retracción del epigastrio a compás de los latidos son característicos de esta forma de pericarditis. Lo mismo en esta fase que en la de pericarditis seca se observa con frecuencia la falta de movimientos del epigastrio al tiempo de las respiraciones. Por inspección y por palpación se procurará determinar el lugar del choque de la punta para determinar la relación ya citada con el área de matidez. Por auscultación se suele encontrar disminuida la intensidad de los ruidos del corazón; pero hay casos en que, a pesar de un derrame, incluso considerable, se puede encontrar a la auscultación un ruido del corazón muy intenso. En los casos en que estos ruidos se encuentran disminuidos se pensó algún tiempo que había una gran cantidad de líquido detrás de la pared; pero en realidad no es así; cuando llega a existir esta capa de

el del pericardio es más suave, se parece al roce de la seda o al de un papel muy usado. En ocasiones, el frote se presenta tanto en el sistole como en el diástole, y si es muy suave puede adoptar un carácter tan parecido a los soplos que resulta muy delicada la diferenciación entre el roce y ciertas formas de soplo que se deben a las variaciones que los latidos cardíacos imponen a la lengüeta pulmonar izquierda que cubre el corazón y que se conocen con el nombre de soplos de error.

La diferencia de estas dos clases de ruidos se hará atendiendo a los caracteres siguientes: Los roces son ruidos superficiales que parecen producirse inmediatamente debajo de la oreja, son más intensos en la región mesocardiaca, que es la extremidad anterior de los espacios intercostales izquierdos tercero y cuarto; a veces se los encuentra también en el foco de auscultación de la arteria pulmonar, o sea el segundo espacio izquierdo; pocas veces en la punta del corazón. Si al principio se encuentran los roces localizados en uno solo de estos focos, más adelante aparecen focos nuevos y pronto se presentan los roces en toda la región precordial. Los roces no se propagan en ningún sentido, pero hay que tener presente que cuando se oyen en una zona extensa no tienen en todas partes la misma idéntica intensidad, de modo que pueden hacer creer en la existencia de una propagación.

Si el enfermo padecía ya una hipertrofia cardíaca, los roces se pueden oír en una zona más extensa que la que corresponde a la región precordial porque el latido intenso de estos casos favorece la propagación a la pared costal. Los roces no cubren a los ruidos cardíacos, sino que se oyen en el intervalo entre éstos. Son mesosistólicos o mesodiastólicos y a veces presistólicos. Cuando solamente se los percibe en un tiempo de la revolución son mesosistólicos. La auscultación de los enfermos en la fase de pericarditis seca demuestra la existencia de un síntoma característico que es el frote pericardíaco. En condiciones normales y merced al aspecto liso de la serosa, las dos hojas de la misma deslizan una sobre otra con toda facilidad.

El timbre, la intensidad y la localización de los frotos varían mucho de una exploración a otra. Cuando el sujeto pasa del decúbito dorsal al decúbito sentado, estos ruidos se suelen acentuar. Si la pared torácica es flexible, sucede lo mismo cuando se hace presión con el estetoscopio. Las variaciones que sufren los ruidos al compás de los movimientos respiratorios se interpretan por los distintos autores de maneras diferentes. Por eso importa mucho decir al enfermo que haga inspiraciones profundas. Una pleuritis seca en la proximidad de la región precordial se puede traducir por frotos pleurales que se produzcan al compás de los latidos y por los desplazamientos que éstos imponen a las partes de pleura que se hallan en contacto con el pericardio y de este modo harían creer con facilidad en la existencia de una pericarditis que, en realidad, no se encuentra. Pero si los ruidos son pleurales, en las inspiraciones profundas obedecen a los movimientos respiratorios y no a los latidos.

Los síntomas generales no tienen nada de característicos. Al principio de la pericarditis se suele elevar la fiebre y persiste elevada en las proximidades de 39°. El pulso guarda relación, en cuanto a su frecuencia, con la temperatura, y en cuanto a los demás caracteres con las alteraciones del miocardio o del endocardio que puedan coexistir con la lesión del pericardio. Hasta aquí los fenómenos propios de la pericarditis seca, que unas veces evoluciona directamente hacia la curación y otras veces va pasando poco a poco a la fase de pericarditis con derrame. Si la enfermedad se acompaña de un síndrome de angina de pecho, puede ocurrir que evolucione directamente hacia la muerte sin haber pasado por la fase de derrame. Cuando evoluciona directamente hacia la curación lo hace en una o dos semanas. Por excepción, en menos tiempo, a veces en más. La curación puede ser prácticamente completa, en los casos en que no queda como resultado del proceso más que algunas placas de aspecto lechoso en la hoja visceral de la serosa, pero en otros casos, se puede decir que en la mayoría, deja la pericarditis adherencias más o menos extensas de las dos hojas.

Cuando en la pericarditis reumática se produce derrame, el síntoma capital se obtiene por la percusión, así como en el caso de la pericarditis seca se obtenía por la auscultación. Como consecuencia de la presencia del líquido, el área de matidez del corazón se aumenta en todos sentidos. Al principio se acumula el líquido en la región diafragmática y a los lados del saco pericardíaco y luego distiende toda esta membrana.

Pero es muy importante insistir ya, por las consecuencias que tendrá para la exploración y el tratamiento, en que la cara anterior del corazón no queda distanciada de la pared esternocostal y cuando llega a interponerse algo de líquido entre ellas lo hace formando una capa delgadísima y solamente en los casos en que la cantidad total de dicho líquido es muy grande. Así pues, al tratar de la punción del pericardio insistiremos en ello. La mayor parte del líquido se acumula por debajo, a los lados y por detrás del corazón. Por tanto, el área de matidez del corazón se presenta exagerada. El borde inferior de la misma está descendido y los bordes laterales desplazados hacia afuera, viniendo a unirse a los bordes del esternón a una altura variable, pero rara vez superior a la normal, puesto que, como es lógico, el líquido tiende a acumularse en la parte inferior del pericardio. De modo que en conjunto el área de matidez tiene una forma de cúpula un poco aplastada de arriba abajo; su base descansa sobre el hígado.

Como quiera que se extiende mucho hacia el lado derecho del tórax, esta zona de matidez resulta simétrica en relación con el borde izquierdo del esternón. En los derrames muy abundantes, el área de matidez se extiende a la derecha hasta la tétilla, a la izquierda hasta la línea axilar anterior, por abajo hasta el octavo espacio y por arriba hasta el mango del esternón a nivel del segundo espacio. Además, esta área de matidez se extiende cada vez más, y si se ha asistido al enfermo desde el comienzo de la enfermedad, y se ha percutido y señalado la zona de matidez cada día, se puede seguir atentamente esta evolución.

Además esta área es casi toda de matidez absoluta y la

—De nueva creación, la de médico titular de Moya (Las Palmas), partido judicial de Guía de Gran Canaria, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 5.542; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 200; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Lugar a 10 kilómetros de la cabeza de partido. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Hinojos (Huelva), partido judicial de La Palma del Condado, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.401; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 135; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 60 kilómetros de la capital y a 10 de Azuarcázar y a 8 de la estación de Carrión de los Céspedes.

—Por renuncia, la de médico titular de Lepes (Huelva), partido judicial de Ayamonte, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 8.209; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 250; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 40 de la capital. La estación más próxima, Gibraleón, pero es más conveniente utilizar la de Huelva. Carretera. Río Piedra.

—Por renuncia, la de médico titular de El Cubillo de Uceda (Guadalajara), partido judicial de Cogolludo, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 530; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 16; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Méritos. Igualas, pesetas 3.625.

Datos.—Villa a 27 kilómetros de la cabeza de partido y a 33 de la capital. La estación más próxima, Yunquera, a 17 kilómetros. Carretera. Río Jarama, a 5 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Palmaces de Jadraque (Guadalajara), partido judicial de Atienza, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 550; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 2; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 22 kilómetros de la cabeza de partido y a 75 de la capital. Estación más próxima, Matillas, a 15 kilómetros. Río Cañamares.

—Por renuncia, la de médico titular de Carcabuey (Córdoba), partido judicial de Priego, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 4.560; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 180; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 100 kilómetros de la

capital y a 21 de Cabra, cuya estación es la más próxima. Carretera.

—Por renuncia, la de médico titular de Tragó de Noguera (Lérida), partido judicial de Balaguer, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 835; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 7 de Marzo.

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.

Vente: Principales farmacias del mundo.

ANALISIS

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

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

ANTIASMÁTICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

PRECIO: 6,50 pesetas frasco.

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

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 28 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima y a 36 de la capital. Río.

—Por renuncia, la de médico titular de San Pedro (Albacete), partido judicial de Chinchilla, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 1.843; categoría 3.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 45 kilómetros de la cabeza de partido y a 35 de la capital, cuya estación es la más próxima.

—Por renuncia, la de médico titular de Bárcena de Ebro y sus anejos Valderredible y agregados (Santander), partido judicial de Reinosa, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 7.450; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 7 de Marzo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Valderredible, a 42 kilómetros de Reinosa. Las estaciones más próximas, Quintanilla y Pozaral, a 31 kilómetros por carretera. Bárcena de Ebro es un lugar de 175 habitantes, a 19 kilómetros. El anuncio en la *Gaceta* del 7 de Febrero señala como capitalidad del partido Bárcena de Ebro; pero según nuestros datos es éste su agregado.

MONOGRAFÍAS

Pedidos a **EL SIGLO MEDICO**

EL NUEVO PREPARADO del
Dr. Georg Henning de BERLIN

SOLICITE MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA:
WALTER ROSENSTEIN Suc
BARCELONA



APARTADO, 712

Pituigan

Indicado en la
DEBILIDAD SECUNDARIA
de las **CONTRACCIONES**
UTERINAS

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.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

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

SUMARIO: Sección profesional. Boletín de la semana, por *Decio Carlan*.—Impresiones: Va sin enmienda, por *R. Lobo Regidor*.—L'Office International du Vin premia los estudios de D. Joaquín Deoref, por *L. R.*—Academias, Sociedades y Conferencias.—La obligatoriedad de la Asociación, por *Juan José Díaz*.—Remitido: Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa—Escuela Nacional de Sanidad.—Colegio Oficial de Médicos.—Fe de erratas.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Adhesión cordial.—Misterio aparente.—La justicia se impone.

La culta y noble Valencia ha rendido un brillante homenaje al Dr. D. Vicente Peset y Cervera, valor destacadísimo en las ciencias médicas, hombre de amplia y profunda cultura general, profesor y académico eminente, periodista fácil y enjundioso



Dr. Peset.

y personalidad social de primo relieve por su labor profesional y sus virtudes ciudadanas.

Por acuerdo unánime de la Corporación Municipal, con más de 20.000 adhesiones, se ha nombrado a Vicente Peset hijo predilecto de la ciudad de Valencia, y para hacerle entrega del artístico pergamino que recoge tan alta distinción, se ha celebrado un grandioso acto en el salón de Sesiones de la Casa Municipal, presidiendo con el alcalde señor Trigo, el Dr. Peset y el Colegio de Médicos de Valencia.

El salón, adornado con todas las galas de las fiestas mayores, estuvo repleto de Comisiones, representantes de todas las Sociedades científicas y culturales valencianas, delegados de otras provincias y numerosos elementos de la prensa política y profesional.

Se pronunciaron elocuentes discursos subrayan-

do los ejemplares merecimientos del Dr. Peset, y éste dió las gracias en sentidísimas palabras, que fueron acogidas con grandes aplausos.

EL SIGLO MÉDICO lamenta que circunstancias especiales le hayan privado de sumarse con representación personal a un acto tan justo y que honra a un tan antiguo, constante y cordial amigo, y envía al Dr. Peset su entusiasta adhesión corporativa e individual de cuantos él sabe cómo le admiran y quieren en esta casa.

**

La prensa diaria ha comentado estos días la disposición oficial que convoca oposiciones para alféreces alumnos de Sanidad militar.

Parece, en principio, un contrasentido que se manifieste necesidad de médicos militares cuando están aún calientes los numerosos retiros concedidos por el Gobierno con arreglo a las disposiciones de reforma en el Ejército. No obstante, no hay tal misterio en la disposición-convocatoria. La realidad ha sido que esos retiros se concedieron a las situaciones altas de las escalas en que pesaba el número, pero fueron muy escasos en los comandantes, casi ninguno en los capitanes y ninguno en los tenientes médicos.

En realidad, estas oposiciones que se anuncian confirman el criterio seguido y vienen a satisfacer necesidades del servicio sanitario militar que no podía cumplirse con los elementos retirados. Esta es la verdad y es justo señalarlo así.

**

Con satisfacción, que no se podrá tildar de injustificada, reproducimos aquí el decreto aparecido en la *Gaceta* del día 6 de los corrientes. Juzguen nuestros lectores:

DECRETO

Como consecuencia de la revisión llevada a cabo para investigar la situación legal de quienes han venido ejerciendo cargos determinados adscritos al Cuerpo de Sanidad Nacional:

A propuesta del ministro de la Gobernación, de conformidad con el Consejo Nacional de Sanidad y Dirección general del Ramo, y en virtud del derecho que le ha sido reconocido en el concurso libre de méritos convocado en 11 de Diciembre último y aprobado en 27 del pasado mes,

Vengo en confirmar con carácter definitivo, en la cate

goría de jefe de Administración civil de segunda clase del Cuerpo de Sanidad Nacional, a D. Víctor María Cortezo y Collantes, el cual disfrutará en comisión el sueldo de pesetas 10.000, en tanto no exista vacante de la expresada categoría y clase, continuando en el desempeño del cargo de jefe del Parque Central de Sanidad, y entendiéndose no ha interrumpido en modo alguno el ejercicio del citado empleo.

Dado en Madrid a 3 de Febrero de 1932.—*Niceto Alcalá Zamora y Torres*.—El ministro de la Gobernación, *Santiago Casares Quiroga*.

Pero no sólo por satisfacción íntima lo hacemos. EL SIGLO MÉDICO se ha venido ocupando con suma ponderación de este asunto de las revisiones de nombramientos organizadas en individuos del Cuerpo de Sanidad Nacional y otros que desempeñaban cargos sanitarios, comentando la medida y la forma de llevarse a la práctica, sujetos a criterios de reserva que eran mandato ineludible de situaciones personales muy íntimamente ligadas a nosotros.

Es indiscutible que las medidas de referencia dieron lugar a que personalidades sanitarias que llevan en servicio diez, quince y aun veinte años y habían conquistado generales prestigios, se hayan visto sometidas al comadreo y a la crítica ligera y pasional de grupos mal documentados, padeciendo los naturales disgustos, compensados, es cierto, por la actitud de la clase médica general, que con muestras de consideración y respeto ha procedido ejemplarmente en muchos casos.

La *Gaceta*, como han podido ver nuestros lectores, comienza ya a REHABILITAR a estos señores, y no podemos menos de significar nuestro aplauso por la forma de redacción en esas disposiciones gubernativas.

Pero además hemos de anunciar lo que ha sido propósito nuestro desde que comenzó a discutirse este asunto. EL SIGLO MÉDICO desea honrar sus columnas con la reproducción de la vida sanitaria de los funcionarios a quienes se ha sometido a revisión de nombramiento, según se vayan conociendo las resoluciones de los concursos de nueva provisión, y para ello rogamos a todos los interesados nos faciliten las listas de méritos y demás datos de su ejercicio acompañados de una fotografía suya, que nos complaceremos en publicar como debido homenaje a su aptitud y méritos.

Por estar ya cerrado el presente número al celebrarse la sesión de la Sociedad Ginecológica Española, no es imposible dar cuenta detallada del acto en que tanto éxito ha tenido nuestro admirado amigo Dr. Vital Aza, a quien enviamos cordial felicitación, aplazando para la semana próxima la reseña extensa del acto.

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

VA SIN ENMIENDA

[Ya escampal]

Un distinguido colega propugna como causa de divorcio la falta de satisfacción sexual fisiológica, y pretende le admitan lo antedicho como enmienda al dictamen de la Comisión correspondiente.

¿Quién define, reglamenta y justifica qué es la satisfacción, cuando se cumple, y cómo se defrauda?

Cuando estudiábamos Higiene privada figuraba en los textos un apotegma que con la idea de reglamentar la cópula decía: «Dos veces a la semana, que son 104 al año, ni a ti ni a mí causan daño.»

Por cierto que atribuían el dicho a fray Martín Lutero, fraile reformista que por inferir grave daño a la Iglesia cometió la cursilería positiva de casarse, y la superlativa de contraer el vínculo con una monja, sin que entre los *maitines* de él y las *visperas* de ella pudieran llegar a *completas*, porque aquel contubernio permaneció estéril. ¿Vamos a considerar la práctica de este consejo como satisfacción bastante?, o ¿vamos a recordar la sentencia de aquel rey de Aragón que, atendiendo a la queja de una mujer que tenía un marido demasiado patriarcal, limitó a ocho veces diarias la obligación de someterse al débito?

También podemos buscar en la Medicina en refranes, del erudito Dr. Juan Sorapán de Rieros (1615), insigne médico granadino, algo que nos sirva para legislar en este asunto, que no es grano de anís, ni aun de hinojo, y hallaremos el refrán 40 concebido en estos términos: *Dieta, y mangueta, y siete nudos a la bragueta*, que es como si dijéramos el apaga y vámonos a divorciar.

Otro refrán del Comendador Hernán Núñez (citado por el Dr. Sorapán de Rieros, y gran recopilador de proverbios, como lo fueron antes que él, Mosén Pedro Valles e Inigo López de Mendoza) quizás pueda dar luz para la futura legislación venérea, de prosperar la enmienda consabida: *Una es escaseza; dos, gentileza; tres, valentía, y cuatro, bella quería*.

Y para final de esto, que no me atrevo a llamar floresta, citaré un adagio francés que en sentido traslaticio o figurado se refiere al mismo asunto:

*Un oeuf n'est rien, deux font gran bien,
trois est assez, quatre est trop,
cinq donnent la mort.*

[No somos nadie]

R. LOBO REGIDOR

Escolio.—1615, fecha de la edición Príncipe, impresa en Granada, de la obra de Sorapán, extremeño de nacimiento (Logrosán).

El dicho de Lutero también es atribuido al rey de Aragón Alfonso V, autor del laudo venéreo-matrimonial mencionado.—R. L. R.

L'Office International du Vin premia los estudios de D. Joaquín Decref.

En la sesión celebrada el 18 de Diciembre último en París, L'Office International du Vin acordó por unanimidad conceder el premio de la Institución a nuestro muy querido amigo el Dr. Joaquín Decref, académico de la Nacional de Medicina y presidente del Comité español, en el que, unido a los eminentes ingenieros Sres. Oliveras, Mes- tres y García de los Salmones, viene trabajando con tanta fe en pro de los intereses vitivinícolas nacionales.

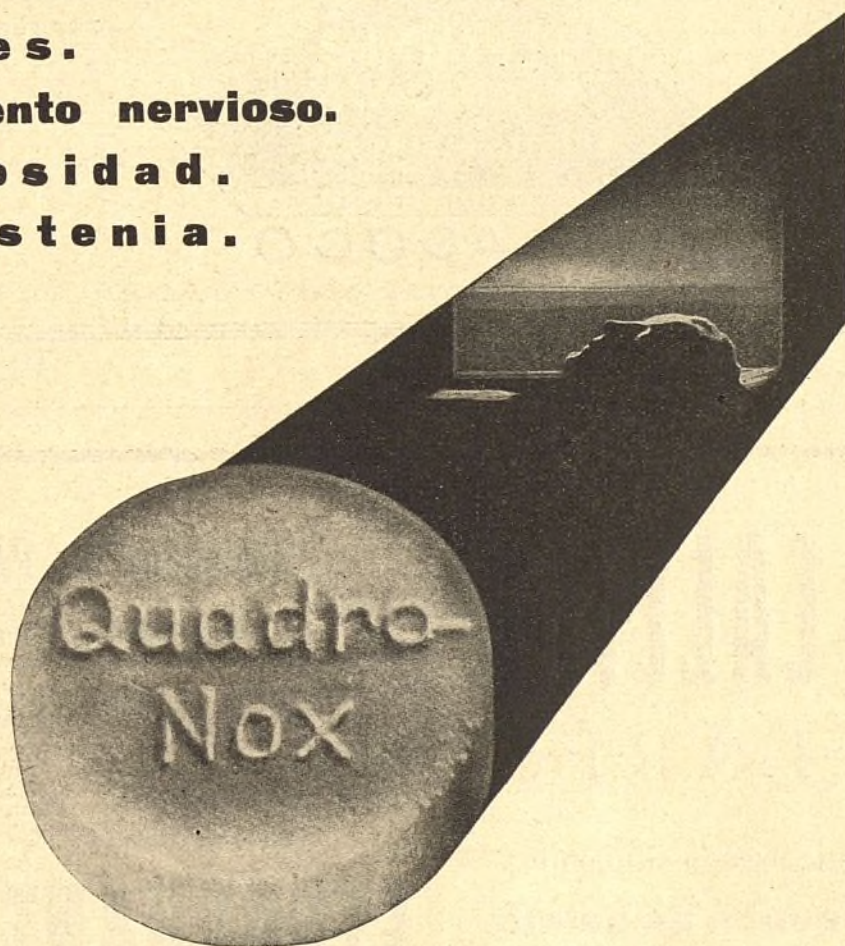
QUADRO-NOX

SUEÑO REPARADOR NORMAL después de Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



Steinmetzer, Arch. f. exp. Path. & Pharmacol 1928, 135, H. 3/4, & Kreuzberg, Med Klinik, Berlín, 26/1931.

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas de 20 × 0,6 y 10 × 0,6.

A S T A Aktiengesellschaft
Chemische Fabrick-Brackwede-Alemania, 128.

Farmacéutico garantizante: **DIEGO BREÑOSA**, Santander.

Depósito: «**FARMACIA JIMENEZ**», Santander.

Delegado de la Fábrica: **HERMANN ROECKER**, Santander.

**MEDICACIÓN · ANTIANAFILACTICA
POLIVALENTE**

GRAGEAS
Inalterables sin olor

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

PRURIGO de los NIÑOS
GRAGEAS INALTERABLES
GRANULADOS

PEPTALMINE
4
PEPTO-ALBUMINAS
y
MARINA DE TRIGO
en lo
envoltura

URTIARIA · MIGRAÑAS ·
TRASTORNOS DIGESTIVOS · ECZEMAS

GRANULADOS

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

y

GRANULADOS

CONGESTION del HIGADO · INSUFICIENCIA HEPATICA ·
**PEPTALMINE
MAGNESIADA**
4 PEPTO-ALBUMINAS
y Sulfato de Magnesia

COLITIS · COLECISTITIS CRONICAS · MIGRAÑAS

GRAGEAS

y

GRANULADOS

COLAGOGO

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

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.

L'Office International ha remitido al Dr. Decref un cheque por el numerario del premio y una placa grabada en que se conmemora la concesión a Decref de tan honrosa distinción.

Al propio tiempo *L'Office International* requiere de nuestro compatriota el oportuno permiso para propagar el nombre de Decref y las conclusiones de sus notables estudios acerca del valor higiénico y alimenticio de los vinos, al lado de los de Pasteur, Bertillon, el profesor Loeper, de París, y el profesor Vires, de Montpellier.



Nosotros enviamos a nuestro buen amigo cordial enhorabuena por este justísimo señalamiento que la nación francesa hace de sus estudios, y esperamos que en España se considere con este motivo la sorprendente diferencia que resulta entre el aplauso y honor que se dedica a Decref por sus trabajos dedicados preferentemente a la defensa de intereses nacionales, y que en Francia se van a traducir a seis idiomas para propagandas mundiales en un ómnibus de los gloriosos nombres de Pasteur y Bertillon, y la indiferencia de los interesados españoles que no se acuerdan de Santa Bárbara hasta que traena dentro de su propio bolsillo.

L. R.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 6 de Enero de 1932.

EL HORMÓN CORTICAL EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE ADDISON NOTA PREVIA

Dr. Gregorio Marañón Posadillo: Es probable que el año 1931 pase a la historia por la trascendencia que seguramente tendrá el descubrimiento del hormón de la corteza suprarrenal, con el que será posible llegar a la curación de la enfermedad de Addison. Además, por el hecho que la insuficiencia suprarrenal interviene en varios estados patológicos, circulatorios, digestivos y nerviosos, creemos que estos estados patológicos es seguro, en porvenir próximo, tendrán su tratamiento adecuado, específico, en el hormón de la corteza suprarrenal.

Nuestros conocimientos sobre la enfermedad de Addison pueden dividirse en períodos. Un primer período correspondiente a mediados del siglo XVIII y marcado por el descubrimiento de la enfermedad de Addison; pronto se une, que las cápsulas suprarrenales son indispensables a la vida; que su extirpación termina rápidamente con la muerte de los animales no provistos de suprarrenales accesorias.

Otro período corresponde a principios del siglo XIX, con el descubrimiento de la adrenalina, considerada como el hormón suprarrenal esencial de la glándula. En años posteriores se hace evidente que la adrenalina no es el principio vital de la suprarrenal; su administración no modifica la evolución de la enfermedad de Addison. Es el momento científico que podemos considerar como el tercer período en nuestros conocimientos de la enfermedad de Addison. Más tarde, las experiencias de extirpación parcial de las suprarrenales muestran que la muerte no sobreviene después de la extirpación de la porción medular de la glándula, o sea de la porción productora de adrenalina, y sí solamente después de la extirpación de la substancia cortical. Es el período experimental de la enfermedad de Addison que transcurre de los años 1915 a 1920. Es la comprobación de la ineficacia de la adrenalina en el tratamiento de la enfermedad de Addison. En 1927, Jaffé obtiene prolongación de la vida de los gatos suprarrenales tomizados mediante la trasplante de substancia cortical suprarrenal. Trabajo que hace probable la existencia de una hormona cortical que lleva a los biólogos americanos al estudio de los extractos corticales suprarrenales. El perfeccionamiento técnico de extracción del fraccionamiento de las cápsulas suprarrenales proporciona grandes progresos en la cuestión.

En 1928, Hartman, Brownell, Dean y Mac Arthur consiguen preparar un extracto cortical que prolonga la vida de los animales suprarrenalectomizados. El método de preparación les da sólo extractos poco activos. Es motivo que lleva a Stewart y Rogoff a negar tales estudios.

En 1929, Hartman y sus colaboradores publican resultados más interesantes obtenidos con un extracto mejorado. Casi simultáneamente Swingle y Pfiffner dan a conocer experiencias concluyentes, realizadas con extracto semejante.

Desde esta fecha, estos dos grupos de investigadores americanos purifican sus primeros extractos para mejor utilización clínica; preparan extractos corticales de suprarrenal capaces de mantener vivos indefinidamente animales suprarrenalectomizados y mejorar considerablemente los enfermos con enfermedad de Addison. Extracto suprarrenal cortical que comercialmente en América se conoce con el nombre de «Cortin». No contiene adrenalina.

En 1930, Rowntree y Greene realizan los primeros tratamientos de la enfermedad de Addison mediante este extracto de la corteza suprarrenal. A partir de esta fecha estos patólogos de la clínica Mayo han tratado veinte enfermos con Addison. Observaciones semejantes han sido publicadas en Inglaterra por Simpson, en los Estados Unidos por Kintner y Lynburner, en el Canadá por Ball y Lansbury. Hartman y sus colaboradores han tratado ocho casos de Addison con su extracto cortical y han obtenido resultados análogos.

Las preparaciones comerciales del hormón cortical suprarrenal presentan algunas dificultades técnicas, si bien en general es sencillo de obtener, en especial con la técnica propuesta recientemente y publicada en 1931 por Swingle y Pfiffner; método que permite la separación de adrenalina e iniciar la obtención del extracto cortical a partir de la suprarrenal total. El extracto cortical en América del Norte y en Inglaterra se fabrica comercialmente con el nombre de «Eucortone».

Esta técnica, si bien ha facilitado la preparación, es algo complicada, y precisa para obtener 100 c. c. de extracto cortical partir de 3 kilogramos de substancia cortical, unos 5 kilogramos de glándula total. Cantidad que al final de todas las manipulaciones proporciona, después de destilación en seco, no más de 30 gramos de residuo; producto que disuelto en 100 c. c. de agua destilada da una solución que prácticamente no contiene adrenalina, y podemos inyectar en el hombre aun por vía intravenosa.

Por estos datos se comprende fácilmente que el problema hoy día es más bien comercial, de preparación del extracto cortical.

Los efectos clínicos que produce la inyección del extracto cortical suprarrenal inyectado a un enfermo de Addison grave, en ese estado premortal que algunos autores lo denominan de encefalopatía addisoniana, es la recuperación del enfermo de manera instantánea, comparable solamente a la acción de la insulina en los estados diabéticos graves, de coma o estados precomatosos y en los cuales la insulina en unas cuantas horas permite la recuperación del enfermo. Ahora bien, en cuanto a la enfermedad de Addison tratada con el extracto cortical no podemos ser lo optimistas, hoy por hoy, como ante el diabético tratado por insulina.

Cuando el extracto cortical se inyecta en los enfermos de Addison en los períodos medios de la enfermedad, rápidamente mejoran todos los síntomas; a veces se constituye un verdadero efecto teatral, en especial en cuanto a la recuperación dinámica del enfermo, a la vuelta del apetito. El enfermo con las primeras inyecciones experimenta sensación intensa de bienestar; su anorexia se convierte muchas veces en bulimia; la astenia desaparece y el enfermo se vuelve dinámico y recobra su potencia de trabajo. Igual podemos decir en cuanto a los síntomas digestivos; las náuseas, los vómitos y la diarrea desaparecen e igual se realiza con el hipo, síntoma al que nosotros hemos dado un gran valor diagnóstico en la enfermedad de Addison. Los dolores lumbares y la pigmentación melanodérmica disminuyen y en especial este último síntoma. La tensión arterial aumenta de manera discreta. Por lo dicho, se comprende que el enfermo de Addison, completamente inútil desde el punto de vista social, cuando recibe las inyecciones del extracto cortical suprarrenal recupera su actividad física y mental de tal modo que sorprende a todos los que le rodean.

¿Cuáles son los accidentes provocados por las inyecciones del hormón suprarrenal cortical suprarrenal? Para los autores americanos esta preparación no provoca accidentes nocivos; a lo más, los enfermos aquejan sensación ligera de calor cuando por vía intravenosa se les inyecta grandes dosis. Sin embargo, la experiencia de otros autores no se manifiesta en el sentido de la inocuidad del preparado. Muy recientemente la literatura inglesa registra tres casos de Addison tratados por hormón cortical suprarrenal que murieron en pleno tratamiento; la muerte en dos de ellos aparece una hora después de la inyección intravenosa en medio de un cuadro de escalofrío, palidez y colapso.

Al interpretar los accidentes de esta medicación, inyectada por vía intravenosa, hemos de recordar que Swingle llama la atención sobre la sensibilidad de estos enfermos a las proteínas extrañas. Es lógico pensar que acaso tales accidentes podamos relacionarlos con el preparado utilizado.

La sensibilidad de los addisonianos a las proteínas es un hecho puesto de manifiesto por los autores. Nosotros hace tiempo lo hemos comprobado; hemos perdido uno de estos enfermos por un accidente protéico consecutivo a la inyección subcutánea de una dosis de vacuna antigonocócica. También señalamos que uno de los casos de enfermedad

de Addison que hemos tratado por el extracto cortical suprarrenal preparado en Madrid y puesto a nuestra disposición por el Dr. Alday Redonnet, ha fallecido a las tres horas de una inyección intravenosa de 2 c. c. del preparado cortical; la muerte, ante la que marcamos el hecho, no podemos, en manera alguna, relacionar con la medicación y sí con hechos coincidentes.

Los trabajos de Hastings y Compere, los de Zwemmer y Sullivan, y los de Minoru Ohguri han precisado las modificaciones plasmáticas producidas en los animales extirpados totalmente del tejido cortical suprarrenal. Quedan resumidas en: disminución de la reserva alcalina, aumento del nitrógeno proteico, hipoglucemia moderada e hipercloremia acentuada.

Todas las variaciones del estado bioquímico de los enfermos con insuficiencia suprarrenal son influenciadas favorablemente por las inyecciones de hormón cortical suprarrenal. La acidosis, una de las principales manifestaciones de los addisonianos, la que consideramos como responsable de la muerte en la mayoría de estos enfermos, cuando son tratados por el hormón cortical evoluciona hacia la normal y aun llega a cifras de alcalosis. Igual podemos decir en cuanto a la hipoglucemia. Hemos de recordar que los primeros experimentadores americanos hablaban de la hiperglucemia de los preparados de hormón cortical. Pensamos que tal substancia cortical contenía adrenalina. Acción sobre la glucemia que es tanto menor cuanto más puro es el extracto cortical empleado.

Los valores del nitrógeno sanguíneo en los addisonianos alcanza cifras elevadas en los momentos que preceden a la muerte. Valor que varía totalmente con las inyecciones de extracto cortical; el nitrógeno sanguíneo baja rápidamente. Esta acción nos hace pensar en su aplicación en otros estados patológicos con aumento del nitrógeno de la sangre, aun cuando en nada tengan relación con las lesiones de cápsulas suprarrenales y sea debida la hipernitrogenemia a procesos renales sanguíneos o infecciosos.

Los trabajos de Loeper, y muy recientemente los de Balcetiere, Binet y Arnaudet, han demostrado que la suprarrenal actúa sobre el glutatión. Elemento hemático que en nada hemos visto modificable en los enfermos de insuficiencia suprarrenal tratados con las inyecciones de hormón cortical suprarrenal.

El metabolismo basal en la enfermedad de Addison posee valores bajos. Desde las primeras inyecciones de hormón cortical suprarrenal en estos enfermos, bastando para ello tres o cuatro, el valor del metabolismo calórico asciende y alcanza límites normales. Acción tan segura y tan específica atribuida a este hormón, que por algunos experimentadores se considera como la mejor manera de comprobar la calidad del extracto cortical suprarrenal.

¿Qué dosis aconsejar en clínica del extracto cortical suprarrenal? No olvidemos que estamos en los primeros pasos clínicos de esta medicación; estamos ante las dudas terapéuticas de una medicación biológica. Para Hartman sería la dosis de 1 a 2 c. c. diarios en los casos ordinarios a elevar en las situaciones agudas de la enfermedad de Addison. Para Rowntree, la dosis sería de 5 a 10 c. c. Nosotros en los tres casos que hemos tratado utilizamos la dosis de 1 a 2 c. c. Punto es éste de gran importancia práctica, en especial teniendo en cuenta que de esta medicación se dispone en pequeñas cantidades y que hoy por hoy las disponibilidades son escasas y es irregular el aprovisionamiento. Conviene afirmar que con las dosis de 1 a 2 c. c. la mejoría se manifiesta en los enfermos, y si bien debe mantenerse su empleo durante algún tiempo, conviene hacer descansos

terapéuticos para repetir las inyecciones de hormón cortical. La clínica pone de manifiesto que el acmé terapéutico se realiza a las dos o tres semanas de las inyecciones de extracto cortical. Pasados algunos meses de supresión terapéutica reaparecen los síntomas y conviene repetir la medicación.

La escuela de la clínica Mayo esquematiza la acción de este hormón en la enfermedad de Addison en los siguientes términos:

- Desaparición de la anorexia y los vómitos.
- Disminución de la fatigabilidad y aumento de la fuerza.
- Desaparición de dolores y sueño normal.
- Atenuación de la pigmentación.
- Aumento del peso.
- Elevación de la tensión arterial.
- Aumento de la resistencia a las infecciones, a las intoxicaciones y a las intervenciones quirúrgicas.
- Aumento del metabolismo basal.

Los biólogos americanos asocian el hormón cortical a pequeñas dosis de tiroides, fundados en que el tiroide en los addisonianos funciona de manera deficiente y lo que para ellos explicaría el hipometabolismo. Para nosotros, mayor trascendencia clínica que la asociación de hormón cortical y tiroides creemos posee la asociación de opoterapia cortical a la opoterapia medular suprarrenal; es decir, con adrenalina. Hoy por hoy no creemos, dentro de buena clínica, admitir la ausencia de valor terapéutico de la adrenalina en los enfermos de Addison. Consideramos que son enfermos a tratar, tanto con el hormón cortical como con el hormón medular.

Fuera de la enfermedad de Addison, el hormón cortical suprarrenal es ensayado en otras enfermedades, pero en pequeña escala.

En la enfermedad de Basedow hemos empleado el hormón cortical sin resultado clínico, si bien descendiendo el metabolismo basal de estos enfermos, como han comprobado Rowntree y Greene, así como Marine y sus colaboradores.

Hay casos aislados de *myasthenia gravis* tratados con el hormón cortical sin resultado clínico apreciable.

Hemos tratado tres casos de enfermedad de Addison mediante las inyecciones de extracto cortical suprarrenal, que ya hemos dicho nos ha proporcionado el Dr. Alday Redonnet.

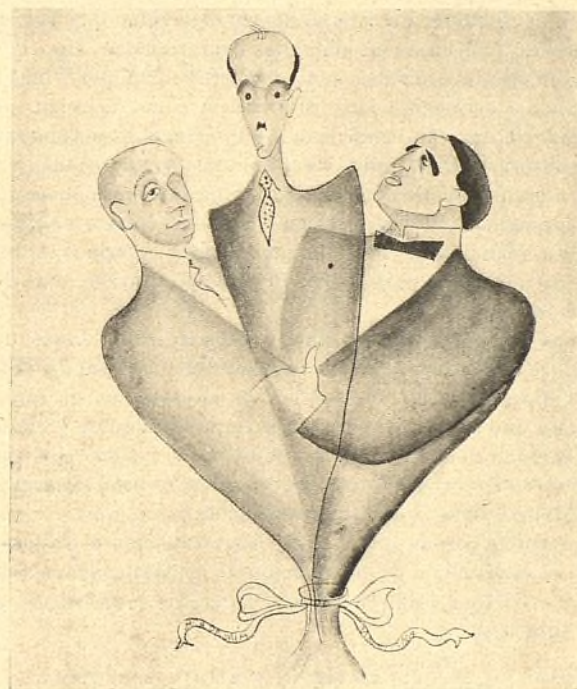
El primero se refiere a un Addison grave con estado relativamente bueno. Ya venía siendo tratado por nosotros con extracto cortical suprarrenal preparado, si bien no en el sentido de hormón cortical que ahora se utiliza por un Instituto comercial italiano. Alguna mejoría clínica veníamos obteniendo. En la actualidad, desde hace pocos días, le estamos tratando con el hormón cortical suprarrenal preparado, según técnica de los autores americanos. Dadas las pocas inyecciones recibidas no nos atrevemos a hacer deducciones.

El segundo caso se refiere a un hombre de veintidós años con enfermedad de Addison gravísima iniciada hace ocho meses. Ingresó en la clínica en un estado de intensa gravedad; procedimos rápidamente a las investigaciones de rigor. Si bien hemos cometido el error de no emplear el tratamiento con hormón cortical inmediatamente a su ingreso y el caso, a pesar de la terapéutica, ha fallecido, los datos de necropsia nos permiten pensar lógicamente que la terminación hubiera sido la misma; a lo más hubiéramos conseguido una supervivencia de algunos días que en verdad hubieran sido de gran trascendencia científica. Fué tratado con 2 c. c. por vía intravenosa de extracto cortical. La tensión arterial mejora rápidamente, así como su aspec-

to, pero a las dos horas de la inyección el enfermo cae en un estado intenso de estupor, en estado premortal, y sin convulsiones y sin ninguna alteración somática muere de modo absolutamente tranquilo. En este caso tenemos la absoluta seguridad de que la muerte no fué influenciada, en manera alguna, por la inyección de hormón cortical suprarrenal.

A las pocas horas de la muerte nos fué posible realizar la autopsia. Encontramos destruidas las cápsulas suprarrenales por un proceso tuberculoso.

El tercer caso hace referencia a un hombre de cuarenta y siete años de edad; minero, de constitución robusta, casi atlética. Hace cinco meses aqueja los primeros síntomas de la enfermedad de Addison que le obligan a abandonar el trabajo. En un mes se desarrolla y completa todo el cuadro clínico de la insuficiencia suprarrenal. Este enfermo, sífil-



Dres. Villaverde, Lafora y Marañón.

tico, mal tratado y sospechando en su influencia sobre la enfermedad de Addison, recibe los cuidados terapéuticos de un sífilógrafo pero nada se consigue en cuanto a mejorar su situación. En nuestra clínica es estudiado de manera completa desde el punto de vista bioquímico. Se inicia el tratamiento cortical por una serie de inyecciones, seguidas de un período de descanso, y en la actualidad se ha vuelto a la misma terapéutica cortical. Ha sido tratado por vía intramuscular, con dosis de 1 y 2 c. c. de hormón cortical suprarrenal. El efecto ha sido satisfactorio, en especial en cuanto a la vuelta rápida del apetito, así como de la mejoría del estado general y desaparición de la astenia. Su dinamismo se ha recuperado casi de manera completa; ha aumentado el peso; la tensión arterial se ha elevado; ha disminuido la melanodermia.

En resumen, hemos podido comprobar la mejoría observada en la clínica de Mayo. Ahora bien; a los quince días de haber interrumpido las inyecciones de hormón cortical suprarrenal la situación del enfermo ha empeorado; agravación que se desarrolló de manera rápida, lo que nos ha obligado a volver al tratamiento, que nuevamente ha vuelto a mejorar al enfermo.

En este enfermo hemos comprobado las modificaciones del estado bioquímico, en concordancia a las publicaciones de Rowntree y Greene. A este respecto, queremos hacer notar la influencia que el hormón cortical suprarrenal tiene sobre la colesteroína; dato que no han publicado otros autores. En los addisonianos vemos hipocolesterinemia; ésta se modifica rápidamente en el sentido de aumento de la colesteroína, apreciable en las primeras horas de la inyección de hormón cortical; elevación colesteroínica que se comprueba también en el individuo sano.

De lo dicho, como resumen, podemos afirmar que:

El problema científico de la insuficiencia suprarrenal está resuelto. Hoy tenemos la absoluta certeza de que el hormón cortical suprarrenal es el elemento específico para el tratamiento de la enfermedad de Addison.

La experiencia clínica actual con el hormón cortical nos hace ser algo pesimistas en cuanto a la enfermedad de Addison en el hombre. En éste no hemos de olvidar que las lesiones no radican en las glándulas suprarrenales, sino que existen otras alteraciones de tipo constitucional que le hacen reaccionar de manera muy diferente a como reacciona el animal colocado en insuficiencia suprarrenal experimental. Las observaciones clínicas de los autores son concordantes; a la mejoría obtenida con las inyecciones de hormón cortical suprarrenal, al descansar en ellas los enfermos se agravan y al reanudarlos el tratamiento algunos enfermos terminan por muerte, a pesar de las inyecciones intravenosas de hormón cortical.

Los datos de autopsias encontrados en los enfermos de Addison nos muestran, además de las destrucciones glandulares suprarrenales, una porción de alteraciones de otros órganos que hacen comprender la imposibilidad de prolongar la vida ni aun por medio del hormón cortical. Ciertamente, las mejorías clínicas se consiguen; es posible sacar a los addisonianos de situaciones difíciles, como prácticamente es posible pensar que iniciado este tratamiento opoterápico en el principio de la evolución de los addisonianos sea posible obtener intensas mejorías clínicas persistentes y aun curaciones.

MIELITIS FUNICULAR DE LICHTHEIM CONSECUTIVA A LA ANEMIA PERNICIOSA. CURACIÓN CON LA DIETA HEPÁTICA

Dr. Gonzalo R. Lafora: La generalidad de los autores afirman que la mayoría de los enfermos de anemia perniciosa presentan el síndrome de Lichtheim o de mielitis neuroanémica; frecuencia que oscila entre el 50 y el 80 por 100, si bien la clínica permite suponer la existencia de casos de mielitis combinada con una frecuencia mayor.

El cuadro clínico, en cuanto a los síntomas nerviosos, varía como queda dicho al enunciar su apelativo de mielitis combinada.

La evolución de estos casos clínicos también es variable y la terminación para la mayoría de los autores es fatal. Los últimos años el empleo de la hepatoterapia en estos cuadros clínicos ha hecho variar su pronóstico. Se describen casos raros de curación. Uno de éstos es el que damos cuenta en esta sesión y el cual ha sido tratado mediante terapéutica hepática e insulina combinados. Hemos conseguido la regeneración sanguínea y la desaparición de los síntomas medulares. Caso clínico que hace referencia a una señora de cuarenta y ocho años de edad; su proceso neuroanémico se inicia hace dos años. Llegada a nuestro sanatorio, la exploración nos permite sentar el diagnóstico de anemia perniciosa progresiva asociada con síndrome de Lichtheim y diabetes secundaria. A los tres meses de tratamiento hepático

e insulina era posible admitir la curación clínica. En la actualidad, casi dos años de haber suprimido el tratamiento, a pesar de nuestros consejos en contrario, la situación, al decir de la enferma y familiares, es normal.

Dr. José María de Villaverde y Larrar: El tema de la esclerosis combinada medular es de grandísima importancia científica, en especial en estos últimos años por haberse puntualizado hechos dignos de mención. Aunque la bibliografía médica registra raramente casos de mielitis funicular o esclerosis combinada, tengo el convencimiento de que son más frecuentes en clínica; en vida pasan con otros diagnósticos. Unos casos se presentan con síndrome anémico para después aparecer el síndrome combinado medular. En otros casos aparecen primero los síntomas medulares, y posteriormente lo hacen alteraciones hemáticas ligeras. Un tercer grupo de casos es el referente a los enfermos que con síntomas nerviosos nunca presentan alteraciones hemáticas.

Por lo dicho, se comprende que el diagnóstico es fácil en los casos típicos; no sucede igual en los casos desdibujados.

El capítulo terapéutico de estos enfermos está lleno de ingratitudes; existen remisiones espontáneas, a veces muy prolongadas; nunca se puede hablar de qué curó el enfermo.—*M. Aceña.*

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE TISIOLOGÍA

El Dr. García Triviño expuso en esta sesión un detenido trabajo acerca de la presión arterial en los tuberculosos pulmonares, y puso de relieve, fundado en un gran número de observaciones personales, la falsedad que encierra el supuesto de que la hipertensión arterial es patrimonio constante de esta enfermedad. La investigación detenida con las cifras que allí expuso demuestran que los casos de presión normal y hasta de hipotensión se encuentran con frecuencia en la clínica, y que generalmente la presión arterial suele oscilar al compás de la mejoría o agravación de los enfermos.

A pesar de tratarse de un tema muy conocido, despertó tal interés que tomaron parte en la discusión, confirmando las ideas del autor y aportando datos en favor de la tesis sustentada, los Dres. Orespo y Alonso Serrano.

Después el Dr. Noguera Toledo expuso un interesantísimo caso de tumor del mediastino, mejorado extraordinariamente con la radioterapia, confirmando su exposición con una serie de proyecciones decisivas.

Una vez levantada la sesión pública, se reunió la Academia en sesión administrativa.—*Dr. M.*

CENTRO GERMANO-ESPAÑOL

Conferencia del Dr. Río Hortega.

El tema, ya lo advierte al comenzar, no va a ser desarrollado con alarde de tecnicismo, sino con el propósito de herir la emoción estética. Discúlpase de invadir el campo literario sin ser profesional; pero seguidamente, en una bellísima definición de la Histología, muestra su capacitación para el discurso retórico y elegante.

Admite una histología filosófica y otra artística, y en la descripción de una y otra pone felices pensamientos y graves reflexiones acerca de la vida y de la muerte. En un párrafo lírico va detallando las convergencias del arte y la ciencia, haciendo aplicación de esta doctrina a la Histología. Describe el progreso de la ciencia, el afán fervoroso de los investigadores, sus emociones en el trabajo, emociones



ACADEMIA DE MEDICINA DE PARIS

PREMIO ORFILA
1872



PREMIO DESPORTES
1904

DIGITALINE NATIVELLE

CRISTALIZADA

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

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

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

Draeger.

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO

ROMA

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

ANTISENIUM. — Producto Poli-Opoterápico. Poderoso reconstituyente. Renovador de la energía vital.

LIPOCLASIO. — Poliendocrinolo Catabólico. Cura racional opoterápica de la obesidad y sus consecuencias.

4 Productos más cuya eficacia ha sido reiteradamente comprobada por los más eminentes clínicos.

LATTOVITAMINA. — Cultivo en leche estéril de bacilo bulgárico, la sola forma que garantiza su vitalidad y eficacia, asociada a un medio que confiere a la preparación un elevado valor vitamínico; dicho medio es: zumo de uva, rico en vitaminas C, al que se ha añadido una solución al 10 por 100 de hinosifostato de calcio y magnesia, que contiene la esperma de cereales, rico en vitaminas D.

SIEROSINA. — Nuevo tratamiento antituberculoso con una combinación yodo-tuberculínica a dosis fijas.

ARSICALCINA. — Cura reconstituyente mineralizante. Feliz asociación de dos remedios e indicaciones muy símiles y de reconocida eficacia terapéutica: arsénico y calcio. Cada comprimido contiene una dosis fija de sales de calcio y arsénico.

NICETOLO. — Asociación de fósforo, yodo y cobre en adaptó vehículo, para inyecciones hipodérmicas.

El Nicetolo realiza una de las más originales aplicaciones terapéuticas modernas, en cuanto ha permitido el empleo práctico y sistemático de las sales de cobre, en la cura de muchas afecciones morbosas; halla, por tanto, sus indicaciones en todos los estados de *decaimiento orgánico*, ya sea consecutivo a enfermedades infecciosas agudas, o secundarias a graves infecciones generales; en todas las formas de *anemias primitivas* y especialmente en la *clorosis*; en todos los *estados depresivos de las funciones del sistema nervioso*; en todos los cánceres y otros tumores malignos.

LITERATURA CIENTÍFICA

Se remite solicitándola al Representante en España y Colonias: **E. PISTOLESI**
Apartado de Correos 9026. — MADRID

que son científicas, estéticas y humanitarias; la alegría de los hallazgos y los descubrimientos, el gozo ante las bellas coloraciones de las células.

Explica la enorme variedad de las preparaciones micrográficas que pueden obtenerse con células del hígado, del bazo, del corazón, etc.; unas sanas, otras enfermas; unas jóvenes, otras cansinas y agotadas. La palabra del Sr. Del Río describe los distintos aspectos celulares con igual emocionada elocuencia que si de cuadros notables se tratase. Y termina describiendo las modalidades técnicas de Cajal, Achucarro, etc.

Esta notabilísima conferencia, que fué para nosotros como una nueva revelación en otra faceta de la personalidad ilustre del Dr. Río Hortega, fué ilustrada con profusión de proyecciones.

El conferenciante fué muy aplaudido.—Dr. M.

La obligatoriedad de la Asociación.

Entre las varias proposiciones presentadas en la Asamblea libre de inspectores municipales celebrada recientemente en Madrid, ocupó un lugar destacado una que pretendía dar carácter obligatorio y estrictamente oficial a la Asociación Nacional de los Médicos titulares.

Esta proposición tiene un doble aspecto que prismáticamente la hace razonable o contraproducente, según la faceta por donde se la quiera considerar: si la Asociación ha de tener carácter oficial con un Comité reconocido y considerado en las altas esferas sanitarias y con un cargo oficial para su presidente, forzosamente tiene que considerarse absolutamente obligatoria, pero de una obligatoriedad real y realizada no como hasta ahora, que, figurando en sus estatutos con ese carácter, ha dejado de ser efectivamente obligatoria para constituir un núcleo voluntario más o menos disciplinado y presto a acatar las órdenes de las Juntas provinciales y del Comité ejecutivo por su enlace a través del organismo directivo de la provincia.

Porque es irrisorio que intitulándose obligatoria sea de una obligación acomodaticia, sin medio coercitivo y de valor cotizante para sancionar la no agrupación de los ejercientes médicos titulares.

Está claro: si es oficial y obligatoria, ha de tener medios garantizados para hacer cumplir los dos calificativos; si esto no se consigue, sobran ambas consideraciones; y no es esto sólo.

Si se la considera realmente oficial ha de tener una íntima relación de afinidad e intervención directa junto a los funcionarios de la Sanidad nacional y de influencia marcada en todos aquellos asuntos que tengan contacto con sus representados los médicos titulares, sus problemas y la supe-ditación a las autoridades sanitarias.

Tales son, como dependientes directamente de este puesto, la provisión de vacantes: infringidas constantemente todas las disposiciones que sobre esta materia se han dictado, es hora de dar una participación muy elevada en la tramitación de los concursos a la Dirección general de Sanidad, por sí o por sus inspectores provinciales y como parte interesada y directamente afecta a la Asociación Nacional de Titulares; es justo, y a ello se debe de tender, que el Tribunal nombrado o que pueda nombrarse esté constituido por el inspector provincial de Sanidad como presidente, un miembro de la Directiva de la Junta provincial de la Asociación como secretario y un vocal que será representante de la Corporación municipal a quien afecte la vacante; y si se quiere pueden ser dos los miembros per-

tenecientes al Ayuntamiento y a la Asociación bajo el control del inspector provincial.

Esta es la solución, a nuestro juicio, más perfecta, caso de no llegar al absoluto automatismo en la provisión de vacantes, aspiración cumbre y salvadora de la clase.

De no conseguirse todo esto, huelgan por irónicos los calificativos de «oficial» y «obligatoria» de nuestra Asociación, que están reñidos a todo tren con el aspecto de absoluta libertad con que hasta hoy se ha ingresado y salido de las filas de la Asociación.

Y siendo así, forzosamente ha de adoptar el calificativo de libre, enteramente libérrima, la Asociación, con caracteres indelebles que le permitan usar de esa libertad para amparar acuerdos radicales—revolucionarios a veces—de su núcleo, única forma de dar estado corpóreo a muchos proyectos que hasta hoy sólo han constituido frágil lucecilla, apagada al soplo ligero de los gobernadores, si no de los mismos magnates sanitarios.

Desconocemos a la hora de escribir estas líneas los acuerdos definitivos del Comité ejecutivo; pero éste es nuestro sentir, que se desprende un trozo de realidad, vivida al calor de los múltiples problemas que se nos suscitan a diario a cuantos ostentamos cargos en la Asociación, ya que, a semejanza de lo sucedido análogamente en las Directivas de los Colegios, encontramos a veces la esquina inexpugnable del vacío sentido que al parecer hace insignificante esas dos palabras que, escamoteadas a la Asociación, impiden muchas veces llevar a puerto seguro cualquier problema suscitado en el seno del grupo.

Esperamos el resultado final de los postulados aprobados en las Asambleas y aflamos el lápiz para combatir o aplaudir lo que pueda derivarse de todos estos trámites, que hasta la presentación oficial al Gobierno para su fallo han de derivarse en fechas posteriores a aquellas que cobijaron el fervido entusiasmo de los titulares reunidos en el antiguo edificio del Senado.

JUAN JOSÉ DÍAZ

REMITIDO

Asociación Nacional de Médicos de Lucha Antituberculosa.

Esta Asociación celebró Junta general extraordinaria, bajo la presidencia del Dr. D. Angel Navarro Blasco, el 27 de Enero, adoptándose por unanimidad los acuerdos siguientes:

Protestar de la lenidad con que la Junta directiva de Colegio de Médicos de Madrid viene procediendo en la defensa de los legítimos intereses morales y profesionales de los médicos de lucha antituberculosa pertenecientes a este Colegio, al no exigir el cumplimiento de los artículos pertinentes de los Estatutos de los Colegios y del Reglamento por que se rige el de Madrid.

Dirigirse al presidente del Consejo general de Colegios de España haciéndole presente el desamparo en que la Directiva del Colegio de Médicos de Madrid tiene a estos profesionales, a pesar de los continuos requerimientos que se le han hecho.

Ex. resar su incompatibilidad dentro de la Asociación con los médicos que concurren al concurso-oposición convocado para cubrir plazas de lucha antituberculosa, cuyas vacantes no se produjeron en forma legal.

Visitar al presidente del Gobierno y al ministro de la Gobernación para recabar de ellos el fiel cumplimiento de

las leyes y decretos vigentes en cuanto afectan a los médicos de lucha antituberculosa.

Realizar las gestiones precisas para, si fuese preciso, llevar el asunto al Tribunal contencioso-administrativo y exigir las responsabilidades en que hubieran incurrido aquellos funcionarios públicos sanitarios por incumplimiento de la ley y de lo que ordenan las disposiciones en vigencia.

El secretario general, Dr. Cerveró, dió cuenta de numerosas adhesiones recibidas de compañeros de Madrid y de diversas provincias pertenecientes a la Asociación, y ajenos a ella, solidarizándose con la conducta seguida.

En la discusión intervinieron los Dres. Jiménez Encina, González Gutiérrez, García Triviño, Ibarrola, Ibáñez, Úbeda, Domingo, Alonso Sainza, Calderín, Navarro Blasco (F.), Cerveró, Alonso Serrano.

Por aclamación se dió un voto de confianza a la Directiva.

Escuela Nacional de Sanidad.

La Junta rectora de la Escuela Nacional de Sanidad, en su reunión del día 4 de este mes, ha adoptado los acuerdos pertinentes a la fijación de normas y programas para el desarrollo del curso y enseñanzas que han de darse en el próximo cuatrimestre, esto es: Bacteriología, Epidemiología, Higiene escolar e Higiene del trabajo. Asimismo se acordó proponer a la Dirección general de Sanidad algunas modificaciones en las convocatorias para los concursos mediante los cuales habrán de proveerse las plazas vacantes en el profesorado de la Escuela.

También se trató, entre otros asuntos, del Cuerpo especial para ingenieros sanitarios; de acuerdo con la Asociación de Ingenieros Sanitarios se está organizando actualmente en la Escuela.

Se examinaron, por último, las solicitudes presentadas para pruebas de aptitud para concursar a las plazas de Sanidad Nacional, cuya convocatoria, de acuerdo con la Superioridad, aparecerá en la *Gaceta* uno de estos días.

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS

Con el fin de que la lista de colegiados correspondiente al año 1932 pueda salir al público con el menor número posible de erratas, se ruega a los señores colegiados con *ejercicio* se pasen por las oficinas del Colegio, Esparteros, 9, en horas de once a una y cinco a nueve de la noche, desde el día 9 al 15 inclusive, a examinar las listas expuestas en sus locales para que en caso preciso puedan hacer las rectificaciones pertinentes antes de su edición definitiva.

Oportunamente se expondrán las listas de colegiados *sin ejercicio* y las de los médicos residentes en la provincia, previo aviso.

FE DE ERRATAS

Del artículo «La lógica en la clínica», publicado en el número de EL SIGLO MEDICO del 6 de Febrero.

Columna.	Renglón.	Dice.	Debe decir.
4. ^a	53	en un	en unión
5. ^a	7	la	en la
6. ^a	20	al	a él, el

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 712,1; ídem *mínima*, 701,3; temperatura máxima, 10°,8; ídem *mínima*, 0°,6; vientos dominantes, NNE.

Continúan los afectos de carácter gripal con principal localización en los órganos respiratorios, siendo más frecuentes los situados en los bronquios representados por estados generales febriles de no grave intensidad. Persisten los reumatismos crónicos en sus exacerbaciones y manifestaciones neurálgicas, así como los musculares febriles de poca intensidad.

En los niños, los casos de varicela, escarlatina y sarampión son menos frecuentes y no alcanzan a revestir categoría epidémica.

CRONICAS

Concurso—La Sociedad Filantrópica del Comercio, Industria y Banca (Gómez de Baquero, 2) crea una plaza de supernumerario de Cirugía general sin sueldo. Pliego de condiciones en el domicilio social, admitiéndose solicitudes hasta el 22 del corriente.

Instituto Antituberculoso de las Peñuelas—Llamados a formar parte de diferentes Tribunales de oposición los organizadores del curso sobre tuberculosis que debía comenzar el día 15 de Febrero, no puede comenzar dicho curso hasta el día 29 del mismo.

Cubierto con exceso el número de inscritos, no puede admitirse ningún alumno más.

Instituto Hispano Americano de Relaciones Culturales—En el local de la Sociedad Económica de Amigos del País pronunció, el día 25 de Enero, una interesante conferencia sobre el tema «Los Congresos Internacionales de Medicina y Farmacia militares: Colaboración Ibero-Americana en el de Madrid», el Dr. D. Agustín Van-Baumberghem.

El orador fué muy aplaudido y felicitado.

Sociedad Filantrópica Comercial e Industrial. Se sacan a concurso tres plazas de médicos supernumerarios de Medicina general, con arreglo a las condiciones expuestas, en el domicilio social, calle de Santa Bárbara, número 1, 2.º izquierda. Las solicitudes pueden presentarse hasta el 20 de Febrero de 1932.—El secretario general, *Enrique Romo*.

Atentado contra un médico titular.—En el pueblo denominado Cabezas del Villar (Ávila), las mujeres, por no estar conformes con el médico titular, le apedrearon cuando hacía la visita.

Intervino la Guardia civil, aplacando los ánimos.

Como se supiera que en el Centro Obrero incitaron a las mujeres para que cometieran dicho acto, el gobernador ha clausurado dicho Centro, multando a su presidente.

Substituto se ofrece. Dirigirse a R. C., paseo del Prado, 16, tercero centro; Madrid.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico 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.

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO
Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid Teléfono 70.455