

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

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

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

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

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

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

La correspondencia administrativa y giros al administrador.

Apartado de Correos, núm. 121.

La científica y profesional al Director.



En el
asma bronquial
acción rápida y persistente con la
CARDIAZOL-EFEDRINA
«KNOLL»

Profilácticamente y como sedativo durante el acceso.

Dosis: Según lo requiera el caso una tableta ó 20 gotas o una ampolla (= 0,1 gr. de Cardiazol + 0,015 gr. de clorhidrato de efedrina) una o varias veces al día.

Tabletas:	Líquido:	Ampollas:
tubos de 10 tabletas.	frascos de 10 gr.	cajas de 6 ampollas.

KNOLL A.-G., Lúdwigshafen del Rhin.

**Yodo-
Calcio-Diuretina «Knoll»**

Hipertensión, Angina de pecho, Asma etc.

Tubos de 20 tabletas



PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

Doctor en Medicina :: Farmacéutico de 1.^a clase.

Laureado en la Facultad de Medicina, en la Escuela Superior de Farmacia y en los Hospitales de París.

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPEÚTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

Estreñimiento habitual.—
Enfermedades del hígado.—
Estreñimiento durante el embarazo
y la lactancia, etc.

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

Píldoras dosificadas, á 0,10. —
Una ó dos por la noche, al acostarse ó durante las comidas, si el estreñimiento es de origen digestivo.

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

Medicación hipotensiva. Hipertensión, sobre todo si es debida al cansancio del órgano cardíaco. Específico de las dismenorreas y de las hemoptisis.



GUIPSINE

Píldoras dosificadas, á 0,05. —
De seis á diez por día, entre las comidas.— Ampollas dosificadas á 0,05. De una á dos inyecciones intramusculares por día (en los casos urgentes).

Píldoras del Dr. Sejournet

á base de Santonina.
Tratamiento de la diabetes
sin régimen especial.



Píldoras del Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.
Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H³⁴ A²⁴ P⁴ O⁷³)

A base de ácido nucleínico puro y de los principales nucleofosforados extraídos de los cereales. Poderoso reconstituyente del núcleo celular. Verdadera nucleoterapia. Hiperleucocitario de primer orden. Especialmente indicado en las convalecencias, etc.



RHOMNOL

Píldoras dosificadas, á 0,05 de 4 á 8 por día durante las comidas. Sacaruro (granulado) á 0,10 por cucharada de café. Una cucharada de las de café durante las comidas. Ampollas de 1 c. c. á 10 c. c. dosificadas á 0,05 de nucleinato de sosa por c. c. para inyecciones hipodérmicas (inyecciones agudas).

EUMICTINE

Blenorragia, uretritis, cistitis, etc.
Antigonocócico, diurético, antiséptico, etc.

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

Cápsulas envueltas en gluten. Contiene cada una: 0,20 de santalol, 0,05 de salol y 0,05 de hexametileno tetramina. De ocho á diez por día durante las comidas.

NUEVA PREPARACION NEO - RHOMNOL

Nucleinato de Estricnina (nuevo cuerpo) y Cacodilato de sosa. Soberano reconstituyente en todas las decadencias, astenias, neurastenias y convalecencias, mediante la asociación de Fósforo, Estricnina y Arsénico.



NEO - RHOMNOL

Ampollas: Nucleinato de Estricnina, un miligramo; Cacodilato de sosa, 0,05 gr. Una inyección diaria.

Comprimidos: Nucleinato de Estricnina, 0,5 miligramos; Metilarisnato de sosa, 0,025 gramos.

Completamente asimilable.

2 comprimidos al día.

Sucursales de los Laboratorios M. LEPRINCE.—BARCELONA.—Apartado 205.

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

Las adherencias frenopericardíacas ocasionan algunas palpitaciones y disnea de esfuerzo que son demasiado corrientes para llamar la atención del clínico sobre el origen verdadero, pero ocasionan también otros síntomas importantes que son los siguientes: dolores precordiales que suelen tener el aspecto de la angina de pecho; desaparición o, más a menudo, fijeza del choque de la punta del corazón, y, por último, la existencia en la exploración radioscópica de una sombra de forma triangular que tiene su base en el diafragma y que envuelve la punta y algo del borde izquierdo del corazón.

Para la correcta interpretación de esta última sombra, no basta su existencia, sino que es preciso que sea opaca y que sujete la punta de manera que no se desplace en los cambios de posición del enfermo. En efecto, en las personas sanas se encuentra a veces una sombra muy poco marcada que se extiende desde la punta del corazón hasta el diafragma, y que se debe sencillamente al acúmulo de tejido conjuntivo en aquella región.

En cuanto al tratamiento, nada puede hacer en la pericarditis crónica, que es sencillamente una cicatriz. Se reduce al de los trastornos funcionales del corazón que puedan existir y al de la enfermedad fundamental que tenga tendencia a producir nuevos brotes agudos sobre la base del proceso crónico.

Las neoplasias del pericardio pueden ser benignas o malignas. Entre las primeras se encuentran los tumores fibrosos, los quistes hidatídicos y algunos otros procesos, todos ellos muy poco frecuentes. Los malignos son generalmente secundarios a otros tumores de la proximidad. Estos tumores malignos van siempre acompañados de derrame, casi siempre hemorrágico, algunas veces seropurulento. En cuanto a la equinococosis, se produce cuando se abre en el pericardio algún quiste hidatídico del corazón. Lleva consigo una sinfisis del pericardio que permite una larga supervivencia; pero siendo dicha localización de la equinococosis completamente excepcional, se comprende que pocas veces habrá ocasión de diagnosticar el aludido proceso.

conseguido y, en efecto, se han trazado los caracteres diferenciales siguientes: La peritonitis séptica y no pútrida se presenta como consecuencia de un estado infeccioso o séptico, sin que haya perforación, y permite distinguir al lado de la forma aguda, otra subaguda y una tercera latente. La peritonitis pútrida se produce por perforación y es siempre fulminante. Todavía se ha establecido la diferencia de una peritonitis neumocócica que tiene caracteres un poco especiales y que hemos de describir aparte.

Como quiera que, en realidad, el carácter de séptica o pútrida que adquiere una peritonitis depende de la índole de los gérmenes que se desarrollen y no de otra cosa, se comprende que la clasificación expuesta tiene que resultar en la práctica muy falaz, y que, a veces, con una perforación se producirá solamente la peritonitis séptica, y otras, sin aquel accidente, se desarrollará la peritonitis pútrida. La peritonitis séptica se suele iniciar por un escalofrío violento y al mismo tiempo se inicia en algún sitio del abdomen un dolor bastante intenso que se generaliza a todo él. Este dolor, que en seguida se hace muy agudo, acaba por hacerse intolerable; basta el movimiento más ligero o la palpación más cuidadosa, hasta la presión de las sábanas, para que dicho dolor aumente. El enfermo se encuentra en decúbito dorsal con los miembros inferiores en flexión, tanto para disminuir la tensión de los músculos abdominales como para evitar el contacto de la ropa con su abdomen. No hace el menor movimiento y hasta la respiración toma el tipo costal para no mover apenas el diafragma. Pero el dolor se exacerba por las contracciones del intestino.

Los vómitos son precoces, abundantes y al principio alimenticios, luego biliosos y, por último, porráceos. El hipoes tenaz y demuestra la irritación de las terminaciones del frénico. Es corriente que haya estreñimiento, pero éste no es absoluto, por lo menos durante un largo período de la enfermedad; el enfermo puede emitir gases y a veces hasta contenido líquido. En ocasiones hay diarrea. Al lado de la detención de las heces hay que señalar también la retención de la orina. Al cabo de muy poco tiempo presenta el enfer-

Entre los derrames no inflamatorios del pericardio hemos de estudiar los siguientes: el hidropericardias, el hemopericardias y el neumopericardias.

Hidropericardias. — Lo más importante que hay que decir de él ha quedado expuesto al tratar de la pericarditis que se presenta en las nefritis. Como quiera que se desarrolla poco a poco, generalmente con mucha lentitud, se le tolera perfectamente; su iniciación se hace sin fiebre y sin fenómenos dolorosos, sin disnea; solamente se producen síntomas de insuficiencia cardíaca cuando llega a alcanzar un volumen muy considerable. Se le descubre de un modo accidental en el curso de un examen que se hace del corazón de un enfermo por cualquier motivo, muchas veces ajeno a la sospecha de la existencia de tal derrame.

En los enfermos con gran anasarca es corriente encontrarle, si bien su cuadro clínico está entonces confundido con los síntomas que producen los demás derrames y la enfermedad fundamental que los determinara. Si el tratamiento de esta última no basta para hacerle desaparecer, habrá que puncionarle, pero bien se comprende que se trata de una medida accidental que por sí misma no puede ser suficiente.

Cierto que en un enfermo con insuficiencia cardíaca, el vaciamiento de los derrames ayudará mucho al restablecimiento de la compensación y en este sentido la punción del pericardio tendrá un efecto curativo indirecto, pero por sí misma no podrá impedir la reproducción rápida del derrame si la causa fundamental no cede.

Hemopericardias. — Se dice que existe, no cuando se encuentra en el pericardio un trasudado seroso o serofibrinoso más o menos cargado de sangre como ocurre en las pericarditis hemorrágicas, sino que se trata de sangre pura. Unas veces se debe a un traumatismo con fractura del esternón o de alguna costilla, otras veces es efecto de una rotura del corazón, también por traumatismo o por una lesión tal como un aneurisma o un infarto. Tiene el pericardio la condición de que una distensión rápida del mismo produce la muerte súbita o rápida, cuando la cantidad de líquido que

Cuando se abre el abdomen en la autopsia de un enfermo que ha fallecido de peritonitis sobreesguda, a las veinticuatro o a las cuarenta y ocho horas de iniciarse el proceso, no se ve sino una intensa vascularización de las dos hojas de la serosa, la parietal y la visceral. Las asas intestinales no se encuentran aglutinadas, observándose a lo sumo en la superficie de las mismas escasa cantidad de pus. Solamente se encuentra líquido en las partes más declives. Si la enfermedad ha durado más tiempo, se encuentran las asas intestinales pegadas entre sí por un exudado amarillo verdoso que se extiende sobre la superficie de las mismas y, además, hay en la cavidad del peritoneo mayor o menor cantidad de pus, el cual tiene una constitución diferente según la naturaleza del proceso que le determinara. A veces este pus se acumula en determinados puntos y entonces forma masas espesas de exudado, lo que puede constituir una forma de curación, porque la peritonitis generalizada se transforma en localizada, enquistada, y ésta a su vez, al abrirse en el intestino, en la vagina o simplemente a través de la pared abdominal, da salida al pus, quedando curado el proceso. Claro está que el proceso es lento y durante el mismo corre el enfermo demasiados peligros para que esté permitido dejarle expuesto a ellos. Hay forzosamente que acudir a la intervención, y solamente en las fases en que sea materialmente imposible hacerla se esperará la evolución espontánea.

Hay formas de peritonitis en las que no se encuentran exudados serofibrinosos y en las que no se forman falsas membranas. En tales casos solamente se encuentran en el peritoneo una cantidad escasa de pus y una cantidad mayor o menor de gas, casi siempre maloliente, puesto que se trata de peritonitis pútridas que ocasionan la muerte en muy pocas horas a consecuencia del proceso tóxico que engendran. En tales casos la superficie del intestino se encuentra muy vascularizada, pero no hay exudado adherido a ella. Ya que anatómicamente se pueden diferenciar estas peritonitis pútridas de las sépticas, se ha tratado de hacer una diferenciación sintomática, si bien no siempre se ha



SEÑORES MÉDICOS:

Recetad "ARSICALCINA" Obtendréis éxito.



Cura reconstituyente mineralizante. Feliz asociación de dos remedios e indicaciones muy similares y de reconocida eficacia terapéutica: arsénico y calcio.

Cada comprimido contiene una dosis fija de sales de calcio y arsénico.

La ARSICALCINA está indicada en las **anemias** (primitivas o secundarias, y los tipos clínicos de los disturbios funcionales, a los cuales este síndrome se acompaña: menorragia, dismenorrea, asmenorrea, leucorrea); **clorosis**, manifestaciones de diátesis linfática, tuberculosis visceral y cutánea, formas así dichas pretuberculares (languideces orgánicas, discrasias consuntivas); formas de desmineralización orgánica de cualquier causa producidas y los efectos suyos funcionales (raquitismo, disturbios de dentición, caries dentaria, consolidación retarda de fractura, embarazo, lactamiento), etc., etc.

"INSTITUTO TERAPEUTICO ROMANO" ROMA

Literatura científica se remite solicitándola al Representante en España y Colonias

E. PISTOLESI.—Apartado de Correos 9.026.—MADRID

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

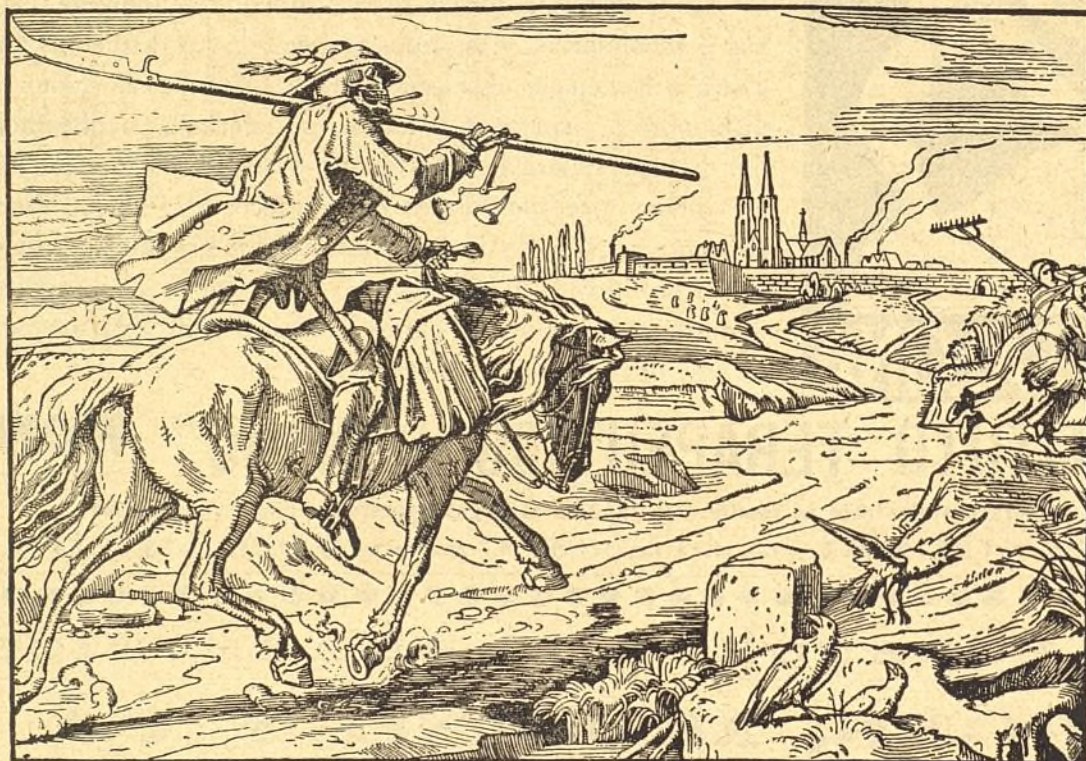
Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

GRIPPE



QUADRONAL

Dosis:

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

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

Farmacéutico garantizante: **Diego Breñosa, Santander.**
Depósito para España: **«FARMACIA JIMÉNEZ», Santander.**

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

26 III-1932

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

DE RE MÉDICA

Los diferentes públicos: Los jubilados.

El jubilarse, desde el punto de vista fisiológico, es una verdadera calamidad.

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

Nuestros órganos no conocen este fenómeno, puesto que no saben reposar. El corazón continúa sus latidos y los pulmones no cesan de respirar mientras la vida existe. Por consecuencia, es un error fijar estrictamente en un reglamento la hora en que deben dejarse las ocupaciones. La regularidad de su ritmo mantendría la ordenanza de las resonancias vitales. Cualquiera que sea el oficio en que se trabaje, el corazón es siempre en el hombre un centro de energía; una vez puestos al trabajo, el cumplimiento de las funciones esenciales continúa la marcha automática mediante el mecanismo de los engranajes orgánicos al movimiento de los cuales

funciona. La actividad del ganapán no asegura solamente su subsistencia de cada día, sino que mantiene además el equilibrio de su salud. Cuando ha sonado la hora de la retirada, la turbina motriz no funciona y la máquina se detiene por completo. Se producen desórdenes, enfermedades graves, inconvenientes y desperfectos que podrían haber sido evitados por la prolongación del trabajo profesional.

Por esta razón numerosos médicos recomiendan a los empleados, a los funcionarios públicos o a los militares retirados que no abandonen su empleo sin estar provistos de otro campo de trabajo donde puedan transportar las necesidades de ocupar su actividad. No hacer nada al día siguiente, para quien toda su vida ha estado sujeto a la disciplina de una ocupación diaria, cons-

orgánicos son insignificantes ante un desconocimiento de la higiene moral. Numerosas Administraciones se privan

Sipolysin
Henning
**Obesidad,
endógena y exógena**

de su personal cuando éste llega a los cincuenta y cinco años. En el Ejército los generales son jubilados hacia los sesenta; las Facultades de enseñanza rechazan a los maestros a los setenta. Pero lo que no sabemos es que semejante medida sea siempre útil a las Administraciones, al Ejército ni a la Enseñanza. Lo que no tiene duda es que a los interesados les cause una considerable contrariedad física y moral este cambio repentino. Cualquiera que sea la edad del retiro, deberán procurar no dejarse entumecer los resortes que ordenan la marcha de todo movimiento vital.

OMNADINA

ACTIVADOR DE LAS DEFENSAS DEL ORGANISMO

tituye el más grande de los trabajos. Todas las fantasías de los sufrimientos

LEY RELATIVA AL DIVORCIO

MINISTERIO DE JUSTICIA

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA ESPAÑOLA,

A todos los que la presente vieren y entendieren, sabed:
Que las CORTES han decretado y sancionado la siguiente

LEY

CAPÍTULO PRIMERO

Del divorcio. — Sus causas.

Artículo 1.^o El divorcio decretado por sentencia firme por los Tribunales civiles disuelve el matrimonio, cualquiera que hubieran sido la forma y la fecha de su celebración.

Art. 2.^o Habrá lugar al divorcio, cuando lo pidan ambos cónyuges de común acuerdo, o uno de ellos por alguna de las causas determinadas en esta Ley, siempre con sujeción a lo que en ella se dispone.

Art. 3.^o Son causas de divorcio:

1.^a El adulterio no consentido o no facilitado por el cónyuge que lo alegue.

2.^a La bigamia, sin perjuicio de la acción de nulidad que pueda ejercitar cualquiera de los cónyuges.

3.^a La tentativa del marido para prostituir a su mujer y el conato del marido o de la mujer para corromper a sus hijos o prostituir a sus hijas, y la connivencia en su corrupción o prostitución.

4.^a El desamparo de la familia, sin justificación.

5.^a El abandono culpable del cónyuge durante un año.

6.^a La ausencia del cónyuge cuando hayan transcurrido dos años desde la fecha de su declaración judicial, computada conforme al art. 186 del Código civil.

7.^a El atentado de un cónyuge contra la vida del otro, de los hijos comunes o los de uno de aquéllos, los malos tratamientos de obra y las injurias graves.

8.^a La violación de alguno de los deberes que impone el matrimonio y la conducta inmoral o deshonrosa de uno de los cónyuges, que produzca tal perturbación en las relaciones matrimoniales, que hagan insostenible para el otro cónyuge la continuación de la vida común.

9.^a La enfermedad contagiosa y grave de carácter venéreo, contraída en relaciones sexuales fuera del matrimonio y después de su celebración, y la contraída antes, que hubiera sido ocultada culpablemente al otro cónyuge al tiempo de celebrarlo.

10.^a La enfermedad grave de la que por presunción razonable haya de esperarse que en su desarrollo produzca

Una gran diferencia separa a los retirados que no se resignan a no hacer

CARABANA: el mejor purgante.

nada, de los que se adormecen en la indolencia de su ociosidad. Estos últimos, sin duda alguna, son excelentes enfermos, regulares, metódicos, obedientes y puntuales ejecutores de las prescripciones que se les mandan. No existen clientes más simpáticos que ellos. Ahora bien: ¿merecían estar enfermos?

Los militares, por ejemplo, acostumbrados a una vida activa, encuentran una gran oposición al acomodamiento

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

de pasarse la vida sin levantarse del sillón.

La marcha, el ejercicio, la gimnasia y los viajes compensarán, hasta cierto punto, los peligros de su nueva situación; aliviarán, en provecho de su higiene, el cambio que les ha sido impuesto. Pero deben guardarse muy bien de las siestas prolongadas después de las comidas, pues ellas son el enemigo invisible que poco a poco les consumirá.

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

Estas son las razones por las cuales los sueños de tranquilidad se convierten,

para algunos, en sufrimientos prolongados. Pero todos los males que les pueden acsrrear tienen su colmo en el de dejarse arrastrar por las costumbres del vicio y del café. Este es el más perjudicial y la tentación a que invita, la más expuesta. Los antiguos empleados o funcionarios encuentran en él una mesa que reemplaza a la de su oficina, pudien

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: Mantecuerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 56.

do elegir una entre muchas, con lujo en los espejos de las paredes, cuando en la oficina no suele haber más que un espejo, los mozos más numerosos y con pechera planchada; y en la caja que no existe en la oficina, una cajera amable que charla con ellos mientras aprieta las teclas y da a la manivela. La partida comienza y se prosigue alegremente con una aportación de bloks de cerveza

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

cuyo número va escribiéndose con la superposición de los filtros que se enfilan a cada lado del bebedor a una altura impresionante. Antes de la hora de comer se cambia el servicio, los bloks son reemplazados por el aperitivo; por término medio dos al día y sin que estos sean los primeros. Al cabo de la mañana el número de bloks y de aperiti-

vos es bastante considerable, sin contar el vino consumido en las comidas y las

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

copitas que se intercalan después. ¿Cómo podrán resistir los hígados de estas pobres gentes las caricias de tan innumerables brevaes? Chamfort decía que el hombre era novicio a todas las edades de su vida. El retirado ignoraba antes de serlo el peligro de las costumbres nuevas a que se dedicaría.

Si es un hombre de corazón, cuando los de su casa no son felices lamenta sus desbarajustes añadiendo a ellos un bloks más. Las lágrimas ablandan su voz. Quiere tanto a su mujer y a sus

Contra las neuralgias aconse ad CEREBRINO MANDRI

hijos, sobre todo cuando carecen de dote, y pide un nuevo bloks. Sus amigos le escuchan en silencio y esto le hace un gran bien; pero al compás de su miseria echan las cartas con pasión.

En el momento de la muerte los oficiales demuestran un gran valor. Algunos tienen un fin heroico. Un general de Caballería, cuidado por el profesor Leguen, en el delirio de su agonía le llamó al oído y le ordenó dar la carga a

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

sus escuadrones. «De allí adelante les gritaba que fueran a galope hacia la

SIGUE A LA PÁGINA XVI

incapacidad definitiva para el cumplimiento de algunos de los deberes matrimoniales, y la contagiosa, contraída ambas antes del matrimonio y culposamente ocultas al tiempo de celebrarlo.

11.ª La condena del cónyuge a pena de privación de libertad por tiempo superior a diez años.

12.ª La separación de hecho y en distinto domicilio, libremente consentida durante tres años.

13.ª La enajenación mental de uno de los cónyuges, cuando impida su convivencia espiritual en términos gravemente perjudiciales para la familia y que excluya toda presunción racional de que aquélla pueda restablecerse definitivamente. No podrá decretarse el divorcio en virtud de esta causa, si no queda asegurada la asistencia del enfermo.

CAPÍTULO II

Ejercicio de la acción de divorcio.

Art. 4.º Tienen capacidad para pedir el divorcio por mutuo disenso los cónyuges que sean mayores de edad. No se podrá ejercitar este derecho si no han transcurrido dos años desde la celebración del matrimonio.

Art. 5.º El divorcio, mediante causa legítima, sólo puede ser pedido por el cónyuge inocente, cualquiera que sea su edad.

Art. 6.º La acción de divorcio se extingue con la muerte

de cualquiera de los cónyuges. Sus herederos podrán continuar la demanda o reconvencción deducida por el causante a los efectos del art. 29.

Art. 7.º El cónyuge que esté sufriendo la pena de interdicción civil podrá pedir por sí mismo el divorcio, alegando justa causa imputable al otro cónyuge.

Art. 8.º No se podrá ejercitar la acción pasados seis meses desde que el cónyuge tuvo conocimiento del hecho en que se funda. Tampoco podrá ejercitarse transcurridos cinco años desde que el hecho se realizó, salvo los casos de adulterio, en los que el plazo de la prescripción se fija en diez años, y los de atentado de un cónyuge contra la vida del otro, de los hijos comunes o los de uno de aquéllos, que no prescribirán. Cuando se funde en alguna de las causas cuarta, quinta, sexta, octava, duodécima o décimotercera, podrá ejercitarse la acción mientras subsista el estado de hecho que la motiva. Cuando se funde en la causa número once, será necesario que hayan transcurrido tres años, por lo menos, desde la condena.

Los plazos de prescripción a que se refiere el párrafo anterior no corren mientras los cónyuges vivan separados. Si el cónyuge a quien corresponde la acción de divorcio fuese requerido judicialmente por el otro para que restablezca la comunidad de vida matrimonial o interponga la demanda, volverán a correr los plazos desde la fecha en que el requerimiento se verificó.

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL

CON

PETROSINA

García Suárez

NO ES PURGANTE

Es un hidrocarburo líquido, insípido, no asimilable, que lubrica las mucosas de los intestinos, facilitando la defecación.



CON SU EMPLEO PROLONGADO
SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO

ANTICATARRAL
García Suárez

¡Gracias a él!

Curaré a mis enfermos
Bronconeumónicos,
Catarrosos crónicos
presuntos tuberculo-
sos, inmunizándolos
contra la

Gripe y Pulmonía

A black and white illustration of a man wearing a dark hat and a striped scarf, looking towards the viewer. He is positioned on the left side of the 'ANTICATARRAL' advertisement block.

Antiséptico enérgico de las
vías respiratorias y recons-
tituyente eficaz.

Solución Creosotada
de Glicero - Clorhidrofosfato
de Cal con Thiocol y Gomenol

No contiene calmantes.

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ. - MADRID

— Calle Recoletos, 2, triplicado. — Teléfono 52 221. —

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa

POR LA

Lenta y duradera

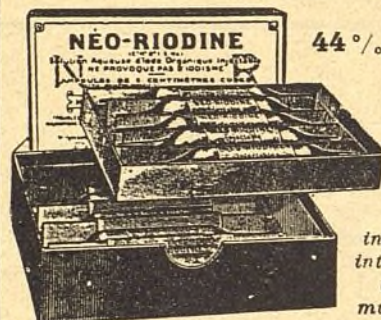
POR LA

NEO-RIODINE

RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

*Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable*



44 % de yodo

En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

La caja de 50 ampollas se vende
a precio reducido para los Señores
Médicos, los Hospitales y las Clínicas.

*Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoleico.*

Compuesto químicamente
definido y estable

$(C_{15}H_{33}O_3)_2 (IH)_2 C_8H_5$

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



Cada perla representa la acción
terapéutica de 20 centigramos de
yoduro alcalino.

Laboratorios P. ASTIER, 45-47, Rue du Docteur-Blanch. — PARIS (16^e) (Francia).

Sucursal en España: 129, calle del Bruch. — BARCELONA

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUÍMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

El **ZINOSAL**, en su nuevo envase,
aumenta la eficacia terapéutica del sul-
fato 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.

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Refutación de las teorías de la intersexualidad, por Francisco Criado y Aguilar.—Información del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía: Contribuciones al tema: Progresos recientes de la anestesia quirúrgica: I. Nuestro método de anestesia arterial en la exéresis de las neoplasias del miembro superior, por el Prof. Dr. J. Goyanes Capdevila. II. Anestesia rectal por «Avertina», por el Dr. Blanc Fortacin.—III. La anestesia regional por el bloqueo químico de los nervios como medio terapéutico y de diagnóstico, por el Prof. A. Trias.—*Periódicos médicos.*

Refutación de las teorías de la intersexualidad

POR

FRANCISCO CRIADO Y AGUILAR

Profesor jubilado de la Facultad de Medicina de Madrid.
Académico de número de la Nacional de Medicina.

No es mi intención el detenerme a combatir analíticamente estas teorías, no sólo porque sería una labor muy prolija, sino porque es completamente innecesario. Para elaborar doctrina, lo mismo que para justipreciarla, hay que elevarse sobre el campo varia bilísimo y contingente de los hechos, para mirarlos a distancia, a vista de pájaro, pues sólo así se perciben las grandes síntesis del fenomenalismo, iluminándole, al efecto, con las luces del entendimiento, que es como se construye la ciencia.

Contempladas así estas teorías se destacan dos grandes secciones: la referente a la intersexualidad, considerada en abstracto, en su posible o imposible existencia, y lo relativo a su mecanismo genésico; o lo que es lo mismo, formulado en dos interrogaciones: ¿Existe la intersexualidad? ¿Es admisible el procedimiento por el que se supone que se realiza? Tales son los problemas a resolver.

Comenzaré por la primera: por los argumentos de pura razón; por los apriorismos impregnados de lógica irrefragable; por las reflexiones científico-filosóficas, que aun cuando íntimamente relacionadas con los hechos son independientes de ellos, y de tanto valor, y aun de más valor, que los hechos; pues éstos, aunque por ser hechos encierran en sí una verdad inconcusa y su realización es siempre de lógica irrefragable, esta verdad hay que descubrirla, porque si la interpretación que se les dé es errónea, serán también erróneas las deducciones. Por eso es peligroso e inaceptable el positivismo, sistemático, injustamente pretencioso y miope, porque enfoca y limita el criterio al justipreciar los hechos, supeditando a ellos los fueros de la razón, que gira, por su naturaleza, en horizontes más amplios y elevados. Se dice que la

Medicina se funda en la observación, cierto; pero hay que añadir: y en la interpretación, que es el complemento obligado, *sine qua non*. El entendimiento es el verdadero constructor de la ciencia, fundándose en los hechos y con su espiritual trabajo.

Es el primer argumento, el que en ninguna de las innumerables obras de la Naturaleza existen titubeos, ni desviaciones (no hablemos de las anomalías, excepcionales); todas se efectúan con arreglo a planes prefijados, con un carácter de fatalidad, por procedimientos invariables y con objetivos constantes. En los reinos de los seres vivientes, animales y vegetales, cada especie realiza la reproducción en forma invariable y completa, dando lugar a individuos de idénticas condiciones que los progenitores. Y así sucede en el hombre.

En esta escena de invariable armonía, de un mecanismo genésico fatal, con sujeción a leyes biológicas precisas, ¿qué motivo hay para suponer que la formación del aparato generador, tan importantísimo, sea objeto de esas indecisiones, de esas perplejidades, de esas luchas, no sólo para el hecho de su constitución, sino aun después de constituido; luchas estériles que representarían una verdadera ataxia en las actividades de la reproducción? Convengamos en que hay que rechazar semejante hipótesis por un apriorismo de la razón; apriorismo confirmado, como después veremos, por los hechos. Desde el cabello a las uñas, todo se desarrolla en el organismo con arreglo a mecanismos fatales; no hay razón para excluir al aparato generador de esta seguridad y uniformidad en su génesis. Antes al contrario, la morfología intrínseca del aparato generador es constantemente igual en todos los individuos de cada sexo; aquí no interviene lo contingente, ni lo variable, pues la variabilidad se efectúa dentro de los límites infranqueables del modelo indefectible. No hay extralimitación ni cambios radicales: sexo masculino o sexo femenino, así, en absoluto, hombre o mujer; la realidad podrá ofrecer, por excepción rarísima, infinitamente rara, alguna forma borrosa, pero aun así, será sólo en la apariencia, no en lo fundamental, tanto anatómica como fisiológicamente, tanto objetiva como dinámi-

camente. Semejantes formas borrosas son de génesis muy explicable, pues debe atribuírselas a desviaciones morfológicas de la evolución orgánica, lo cual no tiene absolutamente nada que ver con las teorías de la intersexualidad.

Considero faltos de todo valor a los cambiantes de la modalidad orgánica siempre que se hallen dentro de lo normal; porque la economía ofrece, sin romper la unidad de conjunto en sus líneas generales, gran variabilidad en los detalles, los cuales no sólo difieren de un individuo a otro, sino en los órganos pares del mismo sujeto.

El organismo ofrece modalidades de constitución, de temperamento, de raza, de clima, etc.; cada una de estas cualidades se desenvuelve en un conjunto de fenómenos que abarca al organismo todo, porque son muchos los órganos y las funciones que se ven influidos por semejantes modificadores, pero sin que esto implique diferencias fundamentales entre los individuos. Algo parecido ocurre con el sexo: irradia influencia, *irradia influencia, si*, pero lo intrínseco, lo esencial, lo único de valor positivo, es la existencia del aparato generador; aparato que es especial, *sui generis*, como lo son todos los aparatos orgánicos, que ni se parecen mutuamente ni se reemplazan uno a otro; aparato absolutamente indispensable *y que integra por sí solo al ser*.

Este aparato influye en el conjunto de la economía y le imprime caracteres muy expresivos que, aunque se les puede considerar como de matiz sexual porque son irradiación del aparato generador, no se puede pretender, cuando discrepan del sexo del sujeto, formar con ellos un subsexo, un medio sexo, un sexo intermedio, lo cual es completamente inadmisibile.

En el organismo todo es preciso y característico: no se efectúa en él nada superfluo, todo tiene justificación, todo tiene objeto, nada sobra, y precisamente el trabajo de los fisiólogos es inquirir el objetivo de cada órgano. Y esta fatalidad en la acción se revela desde la fase de formación del ser; todos los aparatos y todos los órganos se delinean desde un principio con sus peculiares caracteres; nada de titubeos ni de formaciones híbridas; es una génesis ordenada, precisa y fatal. Ni podría concebirse otra cosa en un ser organizado, en el que todo tiende a las sinergias y culmina en la unidad.

No es admisible la inestabilidad, la vaguedad, la neutralidad, el azar, la casualidad, de la determinación del sexo en ninguna de las épocas de la vida intrauterina, ovular, embrionaria y fetal; el aparato generador y todos los órganos, tienen ya establecidos desde *ab-initio*, en el óvulo o en el zoospermo, o en los dos, pues respecto de este asunto existe una completa ignorancia, los trazos objetivos de su formación.

¿Cómo ha de estar al azar la formación del aparato generador, siendo como es tan inmensa la importancia y la trascendencia de este aparato, hasta el punto de haberse dicho, lo que en efecto es un axioma biológico, *propter solum uterus mulier est id*

quod est?; otros dicen, y tal vez es cierto, aunque para este caso es lo mismo, que lo más importante no es el útero, sino el ovario.

Nadie puede suponer que las células iniciales del aparato respiratorio, del digestivo, etc., den lugar, por la intervención de tales o cuales influencias, a la formación de un aparato distinto. Eso sería un caos; y en el organismo, por el contrario, todo es previsión y armonía, y determinismo fatal.

Yo creo, porque me lo dice la razón, sin esperar a que hable el microscopio, que hasta ahora ha sido impotente, que el germen inicial del óvulo o del zoospermo, es masculino o femenino, *per se*, en substancia, en esencia, y que de él nace fatalmente un varón o una hembra.

Otro argumento de pura razón es que todo está previsto en la disposición del organismo: cada función tiene su aparato, y cada acto su órgano; nada sobra ni nada falta; todo es apropiado y suficiente. ¿Cómo, pues, no hemos de suponer que está ya previsto y dispuesto el que uno y otro sexo estén en un número aproximadamente igual para que tenga lugar la conservación de la especie? Si dependiese de circunstancias fortuitas, podría darse el caso de un predominio tal de uno u otro sexo, que trascendiese gravemente a la reproducción de la especie humana. La Naturaleza no actúa por casualidad, todo es lógico y previsto. ¿Cómo iba a quedar al azar la determinación del sexo?

* *

¿Qué valor tienen los denominados fenómenos secundarios del sexo? No dudo en contestar que ninguno, así, en absoluto, y por consiguiente, todas las deducciones y conclusiones, tan aparentemente trascendentales, que se han sacado de tales premisas, las creo completamente erróneas; es una de tantas manifestaciones del sofisma *post hoc ergo propter hoc*; lo que antes he manifestado: laboreo del positivismo rutinario y miope. Ninguno de estos fenómenos, *ni su conjunto*, constituyen esencia; es verdad que *suelen* acompañar unos u otros a cada sexo, constituyendo lo que podríamos denominar armonía orgánica, pero como comparsas anónimos, sin solvencia en su significación fisiológica, y que no están ligados necesariamente al sexo ni dependen de él, sino de otras circunstancias orgánicas, entre ellas muy principalmente la herencia, o extraorgánicas, *con lo cual caen por su base las teorías de la intersexualidad, que las toma como su principal fundamento*.

Yo no niego, ¿cómo había de negarlo?, la existencia de un gran paralelismo entre el sexo y los rasgos generales del organismo, que se les podría denominar concomitantes; pues claro es que las glándulas características de uno y otro sexo imprimen a la economía un sello adecuado, ya que nada en ella permanece aislado; todos los órganos participan de esos lazos dinámicos que se llaman sinergias y simpatías, que establecen relativa solidaridad entre todas las actividades, y de ahí surge el tipo varonil y el femenino;

esto es tan cierto que constituye una trivialidad científica y hasta vulgar. Pero no es éste el punto a discutir, sino el de si esos rasgos encierran en sí representación del sexo, cuando discrepan del aparato generador de la interesada; y este problema es el que yo resuelvo diciendo: *el sello general de la economía suele guardar relación con el sexo, aunque no siempre; pero cuando hay discrepancia entre los que podríamos llamar fenómenos sexuales periféricos y el aparato generador, pierden aquéllos, en absoluto, todo su valor, y sólo sirven para denominar al sexo, el aparato generador, único que en todos los casos encierra en sí toda la función y toda la significación sexual.* La fantasía del investigador no tiene por qué intervenir en este asunto.

Una mujer morena, con un mostacho espléndido y un carácter arrollador, es tan mujer, tan genuina y exclusivamente mujer, como otra de piel nacarina, vaporosa, sentimental y atormentada por el histerismo; como un hombre con voz atiplada, barbilampiño y de maneras delicadas, es tan hombre como otro de voz cavernosa, brusco y con un cepillo en las ventanas de la nariz y en cada oreja. Esto es sencillamente evidente e indiscutible, sin que se pueda decir que ni unos ni otros participan de otro sexo que aquel que expresa su aparato generador.

No es admisible la intersexualidad, sencillamente, aparte de que la lógica la rechaza sin apelación, porque no hay ningún fenómeno intersexual, todos son sexuales propiamente dichos. Los llamados fenómenos secundarios no tienen significación cotizable: son simple ropaje externo, debidos a mil circunstancias, casuísticos, y, por lo tanto, si se hallan en contradicción con el aparato generador, carecen completamente de valor; son fenómenos comunes, orgánicos generales, pues aunque suelen acompañar al sexo y tienen su mismo matiz, según después manifestaré, no le integran, no son expresión necesaria de él; ninguno de ellos encierra elementos de integración específica del sexo.

¡Es tan fácil hallar el porqué de los fenómenos llamados secundarios, sin necesidad de atribuirles una significación sexual distinta! Basta para ello sacudir la inteligencia del prejuicio de la intersexualidad; y así veremos que las formas consideradas como afeminadas son formas juveniles o modalidades constitucionales corrientes, dentro de una irreprochable normalidad. No hay que confundir la feminidad con la ternura, existente en ambos sexos. Hay que tener siempre en cuenta la influencia de la herencia, y los caracteres de las razas, la acción de los agentes exteriores, la que implica el transcurso del tiempo, la casualidad, etc., pues representan un conjunto de circunstancias complejo e interesante, que analizado reflexivamente arroja luz vivísima en este problema.

Así nos daremos cuenta exacta de por qué los varones jóvenes ofrecen con frecuencia rasgos generales de feminidad, y que las mujeres, en las alturas de la menopausia y después de ella, muestren signos de aparente virilidad, la cual no es más que aparente, debida

al endurecimiento que imprime, desde la piel hasta los huesos, la acción tan prolongada de los modificadores externos, de las impresiones, de las amarguras, de los mil accidentes de la vida, que quitan suavidad a los contornos y dulzura al carácter, sin que por eso desaparezca jamás la delicada y exuberante afectividad femenina. Si la mujer adquiriese virilidad después de la menopausia, habríamos de decir que dejábamos de tener madre y teníamos dos padres con idéntica severidad; y no es así: la madre muere siendo mujer, con todas las irisaciones de su infinita ternura, aunque llegue a la ancianidad; ¡y qué a menudo se incrementa la sensibilidad moral en las edades mayores!; tan sólo se atenuarán sus sentimientos, cuando la decrepitud embote y oscurezca la luz de su cerebro y el fuego de su corazón.

Todos los niños parecen niñas, no porque cada uno de ellos no tenga su sexo claro y definitivo, sino por la delicadeza de sus tejidos y su ternura infantiles, y sólo en el decurso de la juventud y sobre todo cuando se inicia la edad adulta, es cuando se delinean más característicamente los rasgos generales del sexo. Son las etapas de las edades la causa de las sucesivas metamorfosis orgánicas y no la evolución del sexo, la cual sólo tiene lugar, como tal evolución, en el aparato generador, sin que esto sea negar, claro es, la influencia de este aparato en el organismo todo; pero simple influencia, entiéndase bien, más no representación intrínseca del sexo, la cual se halla absolutamente circunscrita al aparato generador.

¿Y la influencia de la educación en su más lato sentido? Palanca de Arquímedes que dirige y transforma al sujeto, no sólo incitándole por la imitación, sino impulsándole por la repetición de los actos, en una dirección determinada.

Es un gran error de concepto, sobre el que se han edificado las teorías de la intersexualidad, el creer a la mujer más débil que el hombre, cuando la simple inspección de la masa social, vista en la calle, lo mismo que el examen minucioso individual, nos demuestran que hay muchas, muchísimas mujeres, tantas como hombres, de constitución tan vigorosa como éstos; y si tomamos en cuenta, como lo aconseja la ciencia, los quebrantos, las pérdidas materiales y los sufrimientos que impone a la mujer el cumplimiento de sus funciones genésicas, vemos que tiene más caudal de energía física y más vigor espiritual que el hombre; esto lo demuestra todos los días la vida en familia. Porque hay que justipreciar en su justo valor la verdadera y admirable resistencia orgánica y la fortaleza moral de la mujer, al parangonarla con la rudeza de las formas y lo violento del carácter del hombre. La brusquedad no es fuerza, ni la potencia muscular del hombre, debida en gran parte a su género de vida, es por sí sola expresión de mayor vigor constitucional.

Concepto completamente innecesaria la refutación analítica de cada uno de estos fenómenos, pues basta para convencerse de su inanidad con su simple enumeración: modalidades del sistema piloso,

desde la calva en el hombre al bozo en la mujer; en el primero, la voz de timbre agudo, la blancura y delicadeza de la piel, lo escaso o nulo de la barba, las formas redondeadas, la anchura de la pelvis, el semibalanceo al andar, la sensibilidad moral muy exquisita, etc.; y en la mujer, la piel morena y gruesa, la gran fuerza muscular, los movimientos bruscos, la voz más o menos grave, el carácter fuerte y decidido, etc. Aunque la mujer alcance en la exteriorización de su afectividad las alturas sublimes de la heroicidad, no estará en contradicción con su sexo; hasta las heroínas bélicas ofrecen el fondo de ternura de su feminidad.

Pero quiero ocuparme particularmente de un fenómeno de aparente valor: de las mamas; su valor es tan sólo aparente.

En efecto; prescindamos de las anomalías del número de mamas y discurremos un momento sobre la ginecomastia y los calostros.

En la ginecomastia hay que comenzar por eliminar la que podríamos denominar pseudoginecomastia, debida al desarrollo de gran cantidad de tejido adiposo en la región mamaria, y los tumores de la glándula; pero limitándonos a su hipertrofia, ya el hecho de llamarla así implica anormalidad en su aparición. Mas prescindamos de su carácter de anormal, y, para no rehuir la discusión, mirémosla como un fenómeno completamente fisiológico. Puede ser unilateral, lo cual demuestra que obedece a una causa local, privándola, por lo tanto, de toda significación sexual; pero supongamos que es bilateral. Pues bien: la glándula está constituida por tejido conjuntivo, fibroso, y sufre con frecuencia la degeneración grasienta, y faltan los acinis, que es el elemento especial de la glándula; es una falsa glándula; pero hablemos de los casos en que existan acinis y secreción láctea. Aun esto no tiene valor alguno; porque aparte de que semejante constitución de la glándula puede obedecer a influencia hereditaria, ¿cuántas causas locales, o a distancia, por simpatía, no pueden ocasionar este fenómeno, que en último resultado no es sino la expresión de un sobreestímulo de la glándula, que sacándola de su estado rudimentario establece en ella una caricatura de función? Es lógico suponer ráfagas de simpatía entre los órganos genitales masculinos y las glándulas mamarias, simpatía latente de ordinario, como corresponde a la niñez de éstas; pero que solicitadas por tales o cuales estímulos, puede establecerse en ellas una actividad anormal; mas desde el momento que es anormal, no presta base a ninguna deducción que aspire a informar una doctrina médica. Pero aún hay más: *hay un hecho decisivo que por sí solo resuelve este problema anatomo-fisiológico, y es, el orgasmo mamario y la secreción de calostro, NORMAL, en los recién nacidos*, puesto que tiene lugar no sólo que sean niñas o niños, sino en unos momentos en que el aparato generador está completamente dormido desde el punto de vista fisiológico.

La ciencia no se forma con minucias rebuscadas,

anormales e impregnadas de fantasía, sino que descansa en una lógica severa, y en una fría y profunda reflexión.

* *

Y vamos al último punto, que constituye en la apariencia un sólido pilar de las teorías que con absoluto convencimiento rechazo: el procedimiento anatomo-fisiológico de la intersexualidad; *las célebres hormonas sexuales; factores casi imaginarios desde el punto de vista de su existencia, y rotundamente imaginarios en la interpretación que se les da.*

A semejantes elementos, a los que se da una importancia decisiva en estas teorías, comienzo por negarles autenticidad científica, garantía científica, solvencia científica; les niego significación y valor, a pesar de los trabajos histológicos y químicos que se han realizado, y precisamente, en gran parte, por el resultado negativo de estos trabajos. No acostumbro a hacer afirmaciones ni negaciones gratuitas.

Ante todo, diré, que no es admisible que se busquen estas hormonas en la orina, porque en ésta no existen más que productos excrementicios; pero tampoco admito que se busquen en la sangre, porque el organismo no efectúa nada superfluo, ni extemporáneo, y, por consiguiente, si las hormonas tuvieran el papel que se les asigna, desaparecerían una vez formado el aparato generador, y no persistirían; ¿para qué?

En lo relativo a su naturaleza, he de manifestar, que todo lo que pueda referirse a investigar un elemento *químico* lo creo de orientación errónea, pues nunca puede un elemento químico ser el germen de una formación orgánica; toda formación orgánica implica vida, y el elemento químico, *en sí*, no goza de ella; forma parte, sí, del magma, del estroma, de la sustancia, para hablar histológicamente, del núcleo, del protoplasma y de la membrana de cubierta, pero tan sólo como un elemento de constitución, mas sin representar jamás el soplo misterioso, el *quid divinum*, el impulso vital; a éste sólo le transmite el que la tiene, pues nunca surge espontáneamente, ni puede crearle, por sí, la química, sea orgánica o inorgánica.

Y desde el punto de vista del poder de las hormonas, de su significación, yo creo que no habrá hormonas generadoras de fenómenos secundarios del sexo; *pues no deben existir tales hormonas, por cuanto no hay otro objetivo de formación sexual que el del sexo primitivo, fundamental, único, y el organismo no conserva cosas inútiles.* Todos los elementos orgánicos tienen un objetivo necesario; todos están predestinados fatalmente a efectuar su evolución especial, dentro del complejo y armónico mecanismo cuyo plan está ya trazado en el germen óvulozoospermo. ¡Si hasta los rasgos fisiognomónicos más sutiles están ya, con arreglo al admirable influjo de la herencia, en potencia en el germen! ¿Cómo no lo ha de estar lo relativo al sexo?

Y no se podría argumentar diciendo que cada

Para calmar el Dolor

Neuralgias, dismenorreas,
jaquecas, dolores de muelas,
dolores articulares y muscu-
lares. Otitis. Insomnio debido
al dolor. Excitación, ner-
viosidad, etc.

CIBALGINA

“CIBA”

Sin opio ni morfina



ANALGÉSICO
SEDANTE

COMPRIMIDOS
GOTAS
AMPOLLAS

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA DE PRODUCTOS QUÍMICOS
ARAGÓN, 285 - BARCELONA - APARTADO 744

PROGYNON

Hormona sexual femenina (Hormona folicular)
para el tratamiento de los trastornos hipoováricos.

- Concentración elevada
estandarización exacta
- Ampliamente experimentada
en animales (incluso monas)
- Eficaz por vía oral gracias a la
adición de lipoides especiales

La experiencia clínico comprueba su eficacia en los
trastornos climatéricos y la amenorrea secundaria.

PRODUCTOS QUÍMICOS SCHERING, S.A.
Apartado 479, Madrid - Apartado 1030, Barcelona.



ENVASES ORIGINALES:

Frascos de 15 y 30 grageas
de 150 U. R. Cajas de 6
amp. de 100 U. R. en 1 c. c.

BISMUTHOIDOL

(Bismuto coloidal)

Nuevo agente contra la **SÍFILIS**

EN AMPOLLAS: Solución acuosa

Sin dolor

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

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

hormona tiene efectivamente su carácter determinado, masculino o femenino, pues contestaría que sería cierto, pero que la coexistencia de ambas clases de hormonas no será sino temporal, muy breve, fugaz, hasta que se realiza la fecundación; mas no persistirá, porque una vez que haya prevalecido un sexo, como el germen del otro queda ya sin objeto y el organismo no conserva nada superfluo (pues hasta los cuerpos extraños si no los puede expulsar los enquita), destruirá el germen inútil, por un procedimiento de desintegración, reabsorción y eliminación, no quedando sino el germen victorioso; es decir, que jamás en ningún caso, ni en ningún momento, habrá lugar a que actúen hormonas de germen distinto al del sexo del individuo; si es masculino, serán sólo de este género, y si es femenino, las correspondientes a él. En el organismo palpita la unidad en todo, jamás reina el desorden ni la incoherencia, y el persistir hormonas de sexo distinto al existente sería una anarquía orgánica.

Lo que sí harán las hormonas es actuar en la realización del mecanismo, pero sólo las correspondientes al sexo existente; lo cual no tiene nada de sorprendente, pues así actúan todos los elementos de la economía, cada cual en la realización de su particular cometido, pero dentro del marco de actividad que a cada uno le está asignado, sin verificar iniciativas jerárquicas que no les incumbe. Sería conceder a las hormonas un papel director, y como tal, susceptible de variar de orientación de un modo radicalmente opuesto según las circunstancias; cuando lo natural es admitir que el organismo realiza material y fatalmente su cometido, fijado con anterioridad por las leyes biológicas a que está sometido.

Yo combato, porque sería un error de interpretación fisiológica y, por lo tanto, un error de doctrina, el que se creyera que las glándulas de secreción in-

terna tenían iniciativa directriz en la actividad formadora de los sexos; tienen intervención, sí, como la tienen el sistema nervioso, el linfático y el aparato circulatorio, como vehículos de las irradiaciones de influencia, de las simpatías, de los impulsos, del aparato generador. Las hormonas sólo tendrán el carácter sexual que les imprima el ya existente aparato generador, el cual tiene la exclusiva, y, por lo tanto, las glándulas de secreción interna únicamente realizan un cometido sexual por delegación, por la influencia que les irradia este aparato, que es el impulsor, pero no son ellas las que tienen por sí semejante carácter. Lo que sí ocurrirá, como en los demás órganos, es que será tanto más intensa esta función de las hormonas, cuanto más desarrollo e impulso tenga el aparato generador; pero sin salirse jamás del papel de simples servidoras del sexo, ya establecido, en el individuo, desde el primer instante de su formación.

La Asamblea que se va a celebrar para ocuparse de reformas referentes a asuntos sexuales, debe de formular conclusiones verdaderamente sabias por lo acertadas, prudentes y de alta conveniencia. En vez de pensar en la influencia de los instintos para respetarlos, aconseje combatirlos sin tregua, pues para eso somos seres racionales, en vez de dejarse llevar de los impulsos del sensualismo, y que sea el entendimiento el que actúe como mentor de la vida. Borre de la ciencia y de la sociedad toda el concepto ERRÓNEO de la intersexualidad, por ser abismo insondable de males de todo género y atentatorio a la dignidad humana, al pretender arrancar a cada individuo la certidumbre de lo absoluto, invariable, definitivo y único de su sexo, abriéndole la siniestra perspectiva de una inmoralidad repugnante y disolvente sembrada de abominables aberraciones.

Información científica del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía

(MADRID 14-18 MARZO 1932)



EL PROFESOR L. DE QUERVAIN. — Profesor de la Facultad de Berna. Autor de la clásica obra de diagnóstico quirúrgico. Presidente del Congreso de Madrid.

Contribuciones al tema:
**PROGRESOS RECIENTES DE LA ANESTESIA
 QUIRÚRGICA**

I

**Nuestro método de anestesia arterial
 en la exéresis de las neoplasias del miembro
 superior**

POR EL

PROF. DR. J. GOYANES CAPDEVILA

La dilatada experiencia adquirida con el método de anestesia por la vía arterial, ideada por nosotros hace veintitrés años, me invita a exponer de nuevo sus fundamentos y su técnica. En este trabajo he de referirme, casi exclusivamente, en cuanto a su empleo, a las operaciones que exigen a diario las neoplasias extensas del miembro superior. La perfección y seguridad alcanzada por la raquianestesia en estos últimos años, me ha inducido en la práctica a abandonar la vía arterial para la anestesia en las operaciones del miembro inferior. Por otra parte, la necesidad de la isquemia previa del segmento donde se va a operar limita esta forma de anestesia regional a las extremidades, y por la razón anterior queda adscrita a las operaciones del miembro superior, desde el brazo a la mano. Para las operaciones pequeñas, como la abertura de abscesos y flemones, las ligaduras vasculares y arteriotomías, las suturas de tendones y nervios y la excisión de nódulos neoplásicos de las partes blandas, etc., es suficiente la anestesia local por infiltración. La anestesia del plexo braquial, por el método de Kulenkampff, es, sin duda, más difícil y de mayor riesgo que la anestesia por la vía arterial.

Con nuestro método de anestesia se pueden ejecutar sin dolor ni complicaciones tóxicoanestésicas las siguientes operaciones:

Amputación del brazo; Desarticulación del antebrazo; Amputación del antebrazo; Desarticulación de la mano; Amputación y desarticulaciones carpianas y metacarpianas; Osteotomías y resecciones del húmero; Resecciones del codo; Osteotomías y resecciones de los huesos del antebrazo; Resecciones de la muñeca; Todas las operaciones extensas en la mano; Extirpación de neoplasias del brazo, codo y antebrazo y mano, ya radiquen en las partes blandas, ya en los huesos.

Las condiciones previas necesarias para aplicar la anestesia por la arteria son las siguientes: 1.^a, que no se halle contraindicada la anestesia regional, y 2.^a, que se pueda practicar sin riesgo la isquemia total del miembro, o la parcial del segmento donde se va a operar.

La primera contraindicación se refiere sobre todo a la edad. En los niños, la anestesia local o regional, conservando la conciencia, casi nunca es factible. En las personas muy pusilánimes de shock nervioso puede representar también una contraindicación.

La segunda limitación se halla condicionada por la existencia de ciertos procesos patológicos, como la infección difusa del miembro (focos sépticos en actividad, erisipela extensa) o la gangrena húmeda difusa. También ciertas lesiones vasculares (arterioesclerosis avanzada) pueden contraindicar el método arterial.

PARTE HISTÓRICA Y FUNDAMENTOS EXPERIMENTALES

Nuestro método de anestesia arterial fué dado a conocer a primeros de Enero de 1909 en un trabajo titulado «Un

nuevo método de anestesia regional» (1). Pero ya antes, en la primera sesión de Noviembre de 1908, de la Academia Médico-Quirúrgica Española, presentamos una comunicación sobre el mismo tema. Los fundamentos experimentales del método consistieron en unos trabajos llevados a cabo en el laboratorio de fisiología de la Facultad de Medicina a principios de 1908. En aquel trabajo decíamos:

«Familiarizados con las lesiones traumáticas experimentales de las arterias y de las venas, gracias a nuestros estudios anteriores de cirugía de los vasos, pretendimos en dichos experimentos emplear una nueva vía, quizá utilizable en la clínica, para conducir a las regiones y a los centros nerviosos el agente anestésico. Esta nueva vía, hasta entonces no utilizada, fueron las arterias, y la técnica seguida fué distinta para las regiones periféricas y para los centros nerviosos, doble forma de supresión de la sensibilidad que designamos con el nombre de *anestesia regional* y de *anestesia o narcosis cerebral*. La disposición del experimento para insensibilizar una región consistió en inmovilizar el perro en la gotera o canal, y previa infiltración subcutánea de cocaína al 1 por 100 (1 o 2 c. c.) en la región de los vasos femorales, aislar la arteria, introducir oblicuamente en el calibre del vaso una aguja finísima de acero e inyectar 20 a 30 c. c. de una disolución isotónica (adición del Cl Na) del anestésico. Las substancias empleadas en disolución fueron la cocaína y la eucaina B., a diferentes concentraciones. En este experimento, repetido varias veces, observamos que al introducir la aguja en el vaso la sangre pasaba a la jeringa, mezclándose con el líquido de inyección y rechazando el émbolo, que al extraer la aguja del vaso la pequeña herida arterial se comportaba de modo distinto según el calibre de aquélla; las picaduras con agujas muy finas introducidas oblicuamente a través de la pared arterial no determinaban hemorragia alguna, formándose, cuando más, una pequeña infiltración equimótica en la túnica adventicia de la arteria; las picaduras con agujas de mayor calibre ocasionaban una hemorragia en forma de chorro finísimo que se cohibía espontáneamente comprimiendo la pared del vaso con una torunda de algodón o gasa; por último, con agujas de mayor calibre la hemorragia era más persistente y exigía para cohibirse un punto de sutura no penetrante en el orificio de la puntura.

Con esta disposición experimental la anestesia de la región tributaria del vaso, es decir, de la pata del animal, fué insignificante o nula, por razones fáciles de comprender: la disolución anestésica pasaba rápidamente a través de los capilares y llegando a los centros nerviosos producía síntomas de intoxicación general, tanto más rápidos e intensos cuanto mayor era la concentración del anestésico y su cantidad (frecuencia del pulso y de la respiración, cianosis, temblor muscular y, por último, imponentes convulsiones generalizadas). En ningún caso llegamos a determinar la muerte del animal, a pesar de que se inyectaron 20 a 30 centigramos de clorhidrato de cocaína al 1 por 100, en perros medianos y pequeños. Los animales se reponían rápidamente después de este grave cuadro de intoxicación. Para obtener la anestesia de la región era preciso hacer la isquemia con la venda de Esmarch de la pata del animal: entonces los vasos se llenaban con el líquido anestésico, que atravesaba probablemente los capilares pasando a los espacios plasmáticos, suprimiendo la función de las terminaciones nerviosas y de los nervios sensitivos. Las disoluciones empleadas entonces eran más diluídas, aunque isotónicas, para obtener

(1) J. Goyanes: Un nuevo método de anestesia regional. (*Revista Clínica de Madrid*, 1.^o de Enero de 1909, núm. 1.)

la repleción de todos los vasos, y los efectos anestésicos obtenidos muy manifiestos. El examen ulterior (pasados algunos días) de las arterias nuevamente descubiertas demostró la permeabilidad de las mismas, la perfecta circulación sanguínea por debajo del punto lesionado por la picadura y la ausencia de trombosis.

Las inyecciones practicadas en una de las carótidas del perro con disoluciones de cocaina y eucaina produjeron, como es fácil adivinar, efectos tóxicos más rápidos e intensos, pero análogos en sus síntomas a los obtenidos en los experimentos anteriores sin isquemia. En el cerebro aquellos venenos determinaron fenómenos de intensa excitación cortical y bulbar primero y de depresión y muerte después. En cambio, la inyección de 4 a 5 c. c. de una disolución isotónica de cloruro mórfico al 1 por 100 y bromhidrato de escopolamina al 1 por 1.000, produjo siempre en el perro efectos narcóticos persistentes con dilatación de la pupila, descenso del número de respiraciones y pulsaciones e insensibilidad absoluta de la piel, hasta el extremo de no sentir los animales el pinchazo de una aguja que atravesaba las orejas. Este estado de narcosis duraba, según la dosis del medicamento, de diez a treinta minutos.

Con estos precedentes experimentales no dudamos en llevar a la práctica clínica este nuevo método de anestesia, previa una cuidadosa elección de la substancia que había de emplearse. Entre todos los anestésicos locales usados, la cocaína es indudablemente la de mayor intensidad anestésica, pero también la más tóxica, resultando peligrosa a las dosis a que debe emplearse en nuestro método regional. Podíamos elegir entre la tropacocaína, estudiada primeramente por Chadbourne, de efectos tóxicos mucho menores que aquélla y no peligrosa para el hombre, en dosis hasta de 20 a 30 centigramos, según Braun (1); la cocaína B., menos tóxica también y de efectos análogos a los de la cocaína, aunque hiperhemianta: la estovaína, estudiada por Billou y Pouchet, dos o tres veces menos tóxica que la cocaína, pero de efectos hiperhémicos, como nosotros hemos comprobado también hace algunos años y lesiva para los tejidos (cuatro casos de narcosis observados por Sinclair), la alypnia, etc. Pero de todos los anestésicos locales el que reúne mejores condiciones para nuestro objeto es indudablemente la novocaína, descubierta por Einhorn, muy soluble en el agua, inalterable por la ebullición de sus disoluciones y de toxicidad cinco a diez veces menor que la cocaína, según los animales. Este medicamento no irrita los tejidos, no ha producido nunca intoxicaciones en el hombre, aun en dosis diluídas de 40 a 50 centigramos, y representa, según Braun (2) un anestésico ideal para inyecciones en los tejidos.

Por aquella fecha, además, eran ya conocidos los estudios de Maurel (1902 y 1905) (3) sobre la acción tóxica de la cocaína inyectada por diferentes vías. La vía venosa se presentaba como peligrosísima, sobre todo cuando se inyectan disoluciones de cocaína a gran concentración. Un centigramo de cocaína en disolución al 50 por 100, inyectado en la vena de la oreja, produce inmediatamente la muerte del animal; 5 miligramos, o sea la mitad de aquella dosis, por miligramo de animal, determinan convulsiones intensas, y 2 ½ miligramos, sólo ligeros síntomas de intoxicación. Se puede inyectar hasta 3 centigramos de cocaína en la vena, y por kilo de peso, en dosis separadas de 2 miligramos, con in-

tervalos de cinco a diez minutos, sin que se produzca síntoma alguno de intoxicación.

Los experimentos de Weigand confirmaron plenamente los citados de Maurel, de donde se deduce que la toxicidad de la cocaína en inyección intravenosa no es función sólo de la dosis total del tóxico, sino que depende de la cantidad que en un momento dado circula por la sangre que sostiene el riego de los centros nerviosos.

Otra cosa sucedía en los notables experimentos de Maurel, cuando la inyección de la cocaína se hacía, no en las venas del conejo, sino en las arterias. Entonces se podía inyectar hasta la enorme cantidad de 1 decigramo de cocaína por kilo, en disolución al 10 por 100, en la femoral o re-



nal, sin que se produjeran síntomas de intoxicación. En el animal de contraprueba sólo 2 centigramos, inyectados en la vena, en disolución de igual concentración, bastaban para determinar la muerte.

Por su parte, Braun, no ha confirmado plenamente los citados experimentos, quizá debido a la diferencia en la técnica empleada, como el mismo Braun (1) sospecha. En un conejo de tres kilos inyectó Braun 1 decigramo de cocaína en disolución al 10 por 100, o sea 33 miligramos por kilo, en la arteria femoral, y el resultado fué la muerte inmediata del animal. En otro animal inyectó 1 centigramo por kilo, en disolución al 10 por 100, en la arteria femoral, y produjo una grave intoxicación. Según Braun, cuando no se interrumpe la circulación arterial y venosa, principalmente ésta, durante el experimento, la sangre venosa conduce a los centros el veneno después de haber atravesado el sistema capilar y produce la intoxicación del animal.

En esta situación se hallaba el estudio experimental cuando practicamos en el hombre las primeras anestias por la vía arterial. Entonces no nos preocupó en grado considerable el problema de la posible toxicidad de las disoluciones anestésicas inyectadas por las arterias; primero, porque empleamos, no la cocaína muy tóxica para el hombre, sino la novocaína, alcaloide de toxicidad muchísimo menor, pues según los datos de Braun, la acción tóxica de este medicamento y de la estovaína y cocaína es la siguiente: en inyección subcutánea y por kilo de peso del animal la dosis tóxica es: de cocaína, de 5 a 10 centigramos; de estovaína, 15 a 17, y de novocaína, 35 a 40 en el conejo, y en el perro, de 6, 15 y 25 centigramos, respectivamente. En inyección intravenosa en el gato y por kilo de peso, de 18 miligramos para la cocaína, de 25 a 50 para la estovaína, y de 150 para

(1) H. Braun: «Die Localanästhesie, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung». (2ª edit., Leipzig, 1907.)

(2) H. Braun: *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 1905, núm. 42.

(3) Maurel: «Recherches sur les causes de la mort par la cocaïne». (*Bull. de Thérapeutique*, 15 de Mayo de 1902.)

(1) Braun: loc. cit.

la novocaína. En todas estas cifras la dosis señalada para la novocaína no era todavía mortal.

En segundo lugar, la dosis necesaria para obtener, mediante la inyección por las arterias, la anestesia, aun de una extensa zona orgánica, como la mayor parte de una extremidad, no llegaba en ningún caso a la dosis tóxica para el hombre, pues como han demostrado los estudios de Braun, se puede inyectar 40 ó 50 centigramos de novocaína a la concentración con que se suelen emplear estos anestésicos en la clínica, sin que se produzca el más ligero síntoma de intoxicación.

En tercer lugar, los estudios del profesor Bier, de Berlín, sobre la anestesia por la vía venosa, han demostrado que se pueden inyectar aquellas dosis de 40 a 50 centigramos del medicamento en disoluciones del 2 $\frac{1}{2}$ al 5 por 1.000, sin que se produzca intoxicación, cuando mas, ligeros síntomas de cefalea y mareo, y como hemos visto por los datos anteriormente expuestos de experimentación en los animales, la penetración de los agentes anestésicos por las venas es mucho más peligrosa que por las arterias.

Y por último, la sección inevitable de vasos arteriales y venosos durante la operación en el territorio anestesiado substrahe del torrente sanguíneo una gran parte del anestésico y aun poseemos recursos sencillos durante la intervención para eliminar del interior de los vasos el agente, como ha hecho Bier en su anestesia venosa inyectando una disolución fisiológica de cloruro de sodio por la misma vena para expulsar el medicamento del interior de los vasos. Y téngase en cuenta, además, que la inyección vascular de grandes cantidades de la disolución presupone necesariamente, si la anestesia se produce, si las terminaciones y los ramos nerviosos son impresionados en sus funciones por el agente anestésico, que éste debe salir a través de las paredes de los capilares por el mecanismo de la ósmosis, ayudado por el gran aumento de la presión intravascular, a los espacios plasmáticos, donde por un mecanismo desconocido se destruye el agente anestésico o se deposita allí durante más largo tiempo y penetra luego en cantidades pequeñas y sucesivamente por reabsorción en el torrente sanguíneo.

En esta situación se hallaba el problema de la anestesia por la vía arterial. Por nuestra parte, fundados en la experimentación ya citada en los animales y con la práctica clínica de algunos casos, y con el precedente de la anestesia por la vía venosa del profesor Bier, cuando el Dr. Oppel, de San Petersburgo, publicó sus trabajos experimentales en el *Semanario Médico* de Munich (1), trabajos que confirman y amplían las ideas sostenidas por Maurel como consecuencia de sus estudios. Las deducciones a que ha llegado el citado profesor Oppel experimentando en el conejo son las siguientes: la dosis máxima tóxica es ocho o diez veces menor cuando la cocaína se introduce por la arteria aorta que cuando se inyecta en la vena cava. La explicación fisiológica de este hecho es bien sencilla: la cocaína en el primer caso se difunde por la extensa red capilar de aquel vaso y allí se neutraliza.

El peligro de una intoxicación por la cocaína, inyectada a través de las arterias, es inversamente proporcional a la extensión del territorio capilar del vaso arterial; es decir, cuanto más extenso sea aquél, más inocua será la dosis de cocaína inyectada.

La demostración de estos hechos ha sido obtenida por Oppel con los siguientes experimentos: practicaba la lapa-

rotomía en el conejo, y, separando el paquete intestinal, ponía al descubierto la arteria aorta y la vena cava por debajo de los vasos renales. Para hacer la inyección en la arteria, cogía ésta con una pinza de Pean, o la ligaba por encima del punto de penetración de la aguja, para inyectar la disolución de cocaína siempre en cantidad de 1 c. c., a diferentes concentraciones. La inyección de 1 c. c. de disolución de cocaína al 2 por 100 en la vena cava, en la femoral o en la yugular producían en seguida los graves síntomas de la intoxicación por la cocaína y la muerte. Con un centímetro cúbico de disolución al 1 $\frac{1}{2}$ por 100, inyectado en las venas, también se producía la muerte en conejos de kilo y medio de peso; sólo los que pesaban 2.200 gramos o más soportaban, pero con síntomas de intoxicación, aquellas dosis.

Pero si se inyectaba, con la técnica descrita más arriba, en la aorta del animal, 1 c. c. de la disolución al 2 por 100, no se producía ningún efecto tóxico (conejo de 1.500 gramos); 1 c. c. de la disolución (conejo de 2.000 gramos) al 4 por 100 en la aorta, tampoco producía ningún efecto; un centímetro cúbico de la disolución al 5 ó 6 por 100 determinaba algunas sacudidas y contracciones de la nuca, pero no la muerte. Sólo disoluciones al 8 ó 10 por 100 (1 c. c.) producían el grave cuadro de la intoxicación por la cocaína en los conejos grandes, llegando en algunos casos a producir la muerte. Por lo tanto, la dosis mortal para el conejo es, en inyección en la vena cava, la de 1 c. c. de la disolución al 1 $\frac{1}{2}$ por 100 y en inyección por la aorta 1 c. c. de la disolución al 10 o 15 por 100.

Como se comprende perfectamente, la interrupción de la sangre circulante hacia los centros, después de inyectado el tóxico por las arterias, comprimiendo las venas homónimas, debe disminuir notablemente la acción tóxica. Esto ha sido demostrado por los experimentos de Girgola, confirmados también por Oppel; 1 c. c. de la disolución de cocaína al 10 y al 15 por 100 inyectado en la aorta, sin ligar la cava, produce la muerte; ligando aquella vena los animales no mueren, algunos aun con disolución al 20 por 100.

Impidiendo el retorno de la sangre mediante la aplicación de la venda elástica, durante quince minutos, en el gato, después de haber inyectado 1 c. c. de la disolución de cocaína al 50 por 100, no se producen fenómenos de intoxicación, mientras que 1 c. c. de la disolución en proporción de 25 por 100 inyectado en la misma arteria, pero sin la aplicación de la venda, produce siempre la muerte del animal (experimentos de Girgola).

Nosotros (1) hemos practicado experimentos en los conejos que confirman los de Oppel, demostrando la mayor toxicidad de la cocaína en inyección venosa que en inyección arterial.

En un conejo pequeño, de 500 gramos de peso, descubrimos la arteria femoral e inyectamos 2 $\frac{1}{2}$ centigramos de cocaína en disolución al 5 por 100, observándose a los dos minutos contracción de la pupila y disnea; luego se dilata la pupila, que reacciona a la luz. Al retirar la aguja, el vaso arterial da algo de sangre por la picadura, pero el animal se repone y queda en perfecto estado.

En otro conejo del mismo peso inyectamos por vena femoral la misma cantidad de cocaína y a la misma concentración; al instante se produce dilatación pupilar y la muerte casi instantánea.

Otro conejo de 500 gramos fué inyectado en la vena

(1) Oppel: Experimentelle Grundlage der arteriellen Anästhesie. (Munich. Med. Woch., 31 Agosto 1909.)

(1) J. Goyanes: «La anestesia por la vía arterial». (Discurso inaugural de la Academia Médico-Quirúrgica Española, 2 de Diciembre de 1912.)

femoral; se le introdujo 1 $\frac{1}{2}$ centigramos de cocaína en disolución al 5 por 100. Un minuto después se produjeron convulsiones periódicas, opistótonos y dilatación pupilar; después, respiración agitada y muerte aparente. Se le hizo la respiración artificial, apareciendo luego el latido cardíaco y después los movimientos respiratorios; de nuevo vuelve a tener violentas convulsiones, que por fin cesan, lo mismo que el opistótonos, y el animal se repone.

El experimento fué también realizado en la aorta y vena cava; en un conejo de 850 gramos de peso, en que se inyectó en esta vena 1 c. c. de la disolución al 2 $\frac{1}{2}$ por 100, se produjo la muerte instantánea; en cambio, la misma dosis y en igual concentración inyectada en la aorta, en otro conejo de un peso casi igual, no produjo ningún efecto tóxico visible.

Por lo demás, nosotros creemos que la diferencia de toxicidad de las disoluciones de cocaína inyectadas en las arterias y en las venas depende fundamentalmente del hecho de la penetración en la sangre que riega los centros nerviosos de dosis compactas, es decir, concentradas del tóxico cuando se inyecta por las venas, y de la dilución del tóxico en el mismo suero de la sangre cuando la inyección se hace por las arterias, dilución que, como es obvio, ha de ser directamente proporcional a la extensión del territorio capilar que corresponde a la arteria por donde penetra el tóxico. Persistiendo la circulación en el territorio inyectado, la cantidad del medicamento que pasa a través de las paredes capilares a los tejidos, en virtud de la ósmosis, debe ser muy escasa, como lo demuestra también la falta de efectos anestésicos en estas condiciones.

Nosotros creemos también, como ha sospechado Braun al interpretar los experimentos de Maurel, que la diferencia de toxicidad de la cocaína, en anestesia arterial y en anestesia venosa, depende en gran parte de la interrupción o no interrupción circulatoria durante el experimento, y, por lo tanto, damos mucha importancia al detalle de la técnica que se refiere a la ligadura o forcipresura del vaso arterial inyectado. Si se liga la arteria durante y después de la inyección, la circulación sanguínea en ella y en su territorio capilar debe suspenderse, o por lo menos limitarse considerablemente, con lo cual la disolución anestésica y tóxica debe quedar detenida, por lo menos en parte, en dicho territorio arteriocapilar. Si el vaso no se liga y la inyección se hace en la arteria con circulación sanguínea persistente, el tóxico pasa en su mayor parte al sistema venoso, impresionando los centros y originando los síntomas de intoxicación.

En este sentido hablan también nuestros experimentos. En dos conejos, casi del mismo peso, descubrimos las arterias femorales e inyectamos en ambos 1 c. c. de la disolución de cocaína al 1,5 por 100, ligando la arteria en el primero e inyectando por debajo de la ligadura, e inyectando sin ligar, es decir, con sangre circulante, en el segundo. El cuadro de la intoxicación en el primer conejo fué el siguiente: a los dos minutos, rigidez de la nuca y opistótonos, contracturas en los miembros y dilatación pupilar, aceleración respiratoria y convulsiones; a los seis minutos cesan las convulsiones y queda el animal parésico de las patas de atrás; a los veinticinco minutos el conejo está completamente repuesto. En el segundo animal (sin ligadura de la arteria) se observa al minuto contracción pupilar; a los tres minutos, violento opistótonos y extraordinarias convulsiones, con gran dilatación pupilar; las convulsiones persisten durante media hora, quedando el animal parésico otras dos horas, al cabo de las cuales se repone.

El estudio experimental ha demostrado, pues, la viabili-

dad del método de anestesia que nos ocupa. Nuestros estudios practicados ya con el objetivo de la anestesia arterial en el hombre demostraron, por una parte, la inocuidad de los agentes anestésicos en la proporción y concentración a que deben emplearse en la clínica, y por otra, la seguridad con que se obtiene el efecto que se busca, es decir, la supresión de la sensibilidad en una extensión o zona mayor o menor de las extremidades. Y a esto me refiero, porque lógicamente éstas constituyen los territorios orgánicos donde la anestesia por la vía arterial ha de ser más eficaz, teniendo en cuenta la anatomía y fisiología circulatoria de los miembros y la posibilidad de obtener en éstos una isquemia completa, la cual representa, positivamente, si no una condición absoluta para obtener la anestesia, un factor de primer orden, como luego veremos.

Los estudios anteriores de Maurel y los mismos de Braun, que, como hemos expuesto anteriormente, fueron llevados a cabo para conocer o profundizar en el conocimiento del mecanismo de la intoxicación por la cocaína y demás agentes anestésicos locales, si bien demostraron la menor toxicidad de estos agentes cuando se inyectaban por la vía arterial, no llevaban como objetivo la posibilidad de una anestesia regional por las arterias, como lo demuestra el hecho de que aquellos autores para nada hicieron referencia a los posibles efectos de anestesia local o regional al inyectar la cocaína por las arterias o por las venas.

Es indudable que la vía más natural y fisiológica para conducir a una región o territorio orgánico los medicamentos y en este caso los agentes anestésicos, es la vía arterial, y en este punto nuestra idea al experimentar, no tan sólo ha alcanzado su confirmación en la clínica, sino que antes aún de que la experiencia en este terreno fuera muy dilatada, personas de gran autoridad, como los profesores Bier y Oppel, pensaban de igual manera. En efecto, el primero de los citados dice en un trabajo sobre la anestesia venosa, publicado en el *Semanario Clínico de Berlín*, 15 de Marzo de 1909 (1), que la vía más sencilla y natural para llevar a los troncos nerviosos y sus ramas terminales los agentes anestésicos es, sin duda alguna, la vía sanguínea, y que la citada vía es utilizable en todos aquellos sitios donde se puede obtener la isquemia artificial, y que lo más apropiado para difundir el líquido anestésico en los miembros sería quizá inyectarlos por las arterias.

TÉCNICA DE LA ANESTESIA ARTERIAL

Podríamos hablar de una técnica antigua y una técnica moderna, o mejor de la simplificación que en la actualidad hemos adoptado y que la hace sencillísima y al alcance de cualquier cirujano.

En los primeros casos operados con esta forma de anestesia, la inyección de las disoluciones se hacía siempre en dirección periférica, centrífuga y, por lo tanto, había que descubrir la arteria por encima de la zona operatoria, y, refiriéndonos al miembro superior, se inyectaba por la humeral para las operaciones del brazo y codo, y por la radial o cubital para las del antebrazo y mano. Esto obligaba a practicar la previa operación de aislar un vaso, a veces de importancia, o situado algo profundamente, como la cubital en la parte superior del antebrazo.

Con esta técnica, no obstante, practicamos un número no escaso de anestesia, tanto en el miembro superior como en el inferior. En nuestro primer trabajo de 1909 dimos a conocer cuatro casos, dos de amputación del brazo, otra del muslo y una operación de excisión en una extensa cic-

(1) Bier: Ueber Venenanästhesie. (*Berl. Klin. Woch.*, núm. 11, 1909.)

triz de la palma de la mano, en todos con resultados muy favorables en cuanto a la anestesia.

En nuestro trabajo de 1912, ya citado, publicamos dos nuevos casos, uno de amputación de la pierna por el tercio superior, inyectando la disolución hacia arriba en dirección ascendente, en la arteria dorsal del pie, y otro de amputación del brazo por el tercio medio en una enferma anciana que padecía artritis tuberculosa, fistulizada, del codo. La inyección de la disolución anestésica se hizo esta vez también en dirección ascendente, descubriendo la arteria radial en la muñeca. En ambos casos la anestesia fué completa y las consecuencias operatorias normales.

En el III Congreso Nacional de Cirugía, celebrado en Madrid en 1910, dimos cuenta de 23 casos de anestesia por la vía arterial en importantes operaciones en los miembros. Posteriormente hemos realizado también numerosas operaciones con esta técnica anestésica.

La simplificación de la técnica anestésica la hemos conseguido en una primera fase, haciendo la inyección de las disoluciones en dirección ascendente, obteniendo así una forma de anestesia arterial que llamamos *recurrente o colateral*. Claro es que con esta técnica se necesitan cantidades superiores de la disolución, sobre todo si tratamos de anestesiar un segmento alto del miembro desde la parte baja, por ejemplo, anestesiar el brazo inyectando desde la radial en la muñeca, o la rodilla desde la pedia en el dorso del pie. Pero este inconveniente quedó resuelto desde que tuvimos la idea de utilizar la maniobra del cateterismo de los vasos para perfeccionar y completar la anestesia arterial.

En efecto, hace ya años que es práctica corriente al hacer amputaciones de miembros con lesiones vasculares de trombosis, endarteritis obliterante, etc., sondar las arterias en el muñón, extrayendo los coágulos, favoreciendo así la circulación en aquél y tratando de evitar la gangrena secundaria. Pero la idea de emplear para diversos fines, ya clínicos, ya experimentales, el cateterismo de los vasos, la debemos a Bleichröder y Umger. Nosotros hemos utilizado el cateterismo de las arterias para perfeccionar la técnica de la anestesia por la vía arterial. El catéter sirve para depositar en la zona que se desee la cantidad de la disolución anestésica precisa, en relación con el volumen del segmento que se va a anestesiar.

De este modo, la técnica para anestesiar un segmento del miembro superior se compone de los siguientes actos o tiempos:

1.º Isquemia del miembro con la venda de Esmarch, previa elevación del mismo durante unos minutos; aplicando luego el tubo compresor de la raíz, cerca de la axila.

2.º Inyección subcutánea por filtración de unos centímetros cúbicos de la disolución anestésica en la muñeca para descubrir la arteria radial.

Se aislará el vaso de las venas colaterales y del nervio y pasando con el Cooper dos hilos de catgut, se pondrá en tensión y elevación. Ahora se hace la picadura oblicua con una aguja fina, penetrando en la luz arterial. Uno de los hilos se anuda alrededor de la arteria y de la aguja para impedir el retroceso de la disolución anestésica. Esta técnica es la empleada para anestesiar la mano o la parte inferior del antebrazo; en el primer caso la punta de la aguja, como es obvio, se dirigirá hacia la periferia, y hacia arriba (antebrazo) en el segundo. En ambos casos debe limitarse la zona anestésica rodeando el miembro con una banda de goma de Martín; para la anestesia de la mano se colocará esta banda alrededor del antebrazo, por encima de la incisión que descubre la arteria radial. En el segundo la banda rodeará al antebrazo por encima de la zona operable,

para limitar hacia arriba el área de difusión anestésica. En el primer caso la anestesia puede llamarse directa o descendente; en el segundo, ascendente o retrógrada (figuras 1 A y B).

3.º Para la anestesia de la región alta del antebrazo o del codo o brazo, se utiliza ya el catéter para conducir la disolución anestésica. Para ello, descubierta la arteria radial, como siempre en la muñeca, se incide el vaso en sentido longitudinal con un cuchillete fino de Graeffe, y en extensión de 2 ó 3 milímetros, y por esa abertura se introduce un catéter ureteral delgado, sumergido previamente en vaselina líquida o aceite de vaselina esterilizado y templado. Es preferible la clase de catéter llamado *cebra* para controlar la altura a que se halla su extremo intraarterial. La punta del catéter se dirige ahora hacia arriba, hasta alcanzar la altura conveniente. Entonces se aplica la venda de goma circularmente, por debajo de la lesión, limitando así el campo anestésico. Luego, con la misma aguja, introducida en el extremo externo del catéter, se inyecta la disolución de novocaína (fig. 1 C). Con la misma técnica se puede anestesiar la zona media y alta del brazo (fig. 1 D). La inyección debe hacerse lentamente y la cantidad de la solución empleada guardará relación con el volumen o masa de la zona anestésica. Para la anestesia total de la mano suelen bastar de 25 a 30 c. c.; para el antebrazo, codo y brazo suelen emplear de 50 a 75 c. c. de la solución, que representa la mitad de centigramos de novocaína. La solución no debe llevar adrenalina.

Luego se retira el catéter ureteral del vaso, lo cual es muy fácil, a pesar de la suave compresión ejercida por la venda limitante inferior.

La insensibilidad de la región se obtiene inmediatamente. Sin embargo, es precedida, sobre todo cuando se hace la anestesia de la mano, de una sensación desagradable, más bien de calor que de dolor, debida quizás a la distensión de las paredes arteriales por el líquido anestésico. Luego se hace manifiesta la anestesia de la región inyectada y con más lentitud va perdiendo la sensibilidad toda la parte del miembro situada por debajo de la zona anestesiada, efecto de la impregnación de los troncos y ramos nerviosos; por lo tanto, por un mecanismo análogo a la forma de anestesia llamada *por conducción* (Oberst).

La duración de la anestesia es prácticamente indefinida. En uno de los casos que expondré luego, duró hora y tres cuartos la operación, y al final de la misma la anestesia era tan completa como al principio. Mientras persiste la isquemia continúa inalterable la insensibilidad de la región.

La picadura arterial simple, producida por la aguja, rara vez necesita un punto de sutura para cohibir la pequeña hemorragia que se produce al quitar la compresión isquémica y restablecerse la circulación arterial; basta comprimir el vaso un momento con una compresa de gasa. Si la arteria ha sido incindida para introducir el catéter (anestesia de los segmentos altos del miembro), al terminar la operación sangrará, como es natural, si previamente no se practica, ya su ligadura doble y sección, ya, lo que es preferible, la sutura del vaso hendido, a favor de dos o tres puntos continuos con seda fina y aguja cilíndrica de vasos.

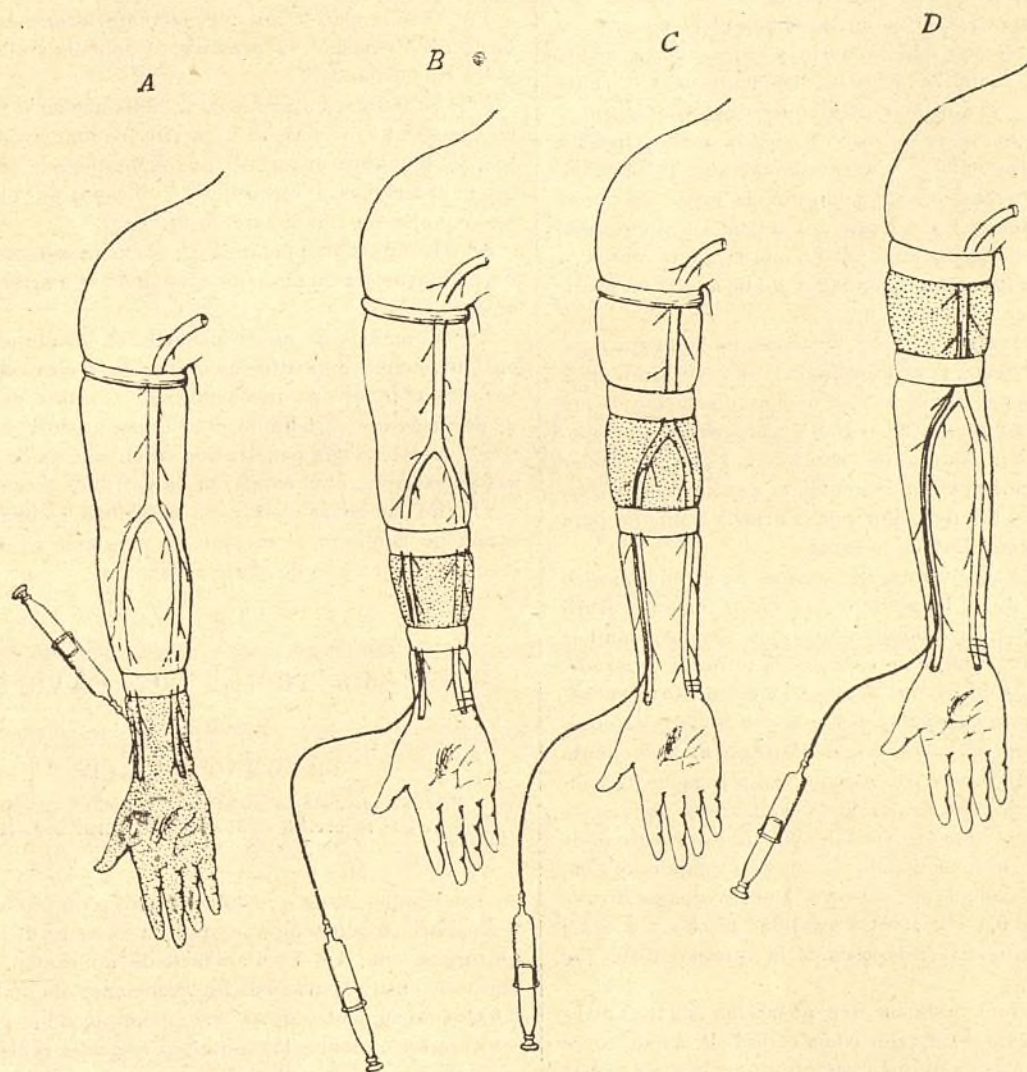
Como la operación se hace en la zona donde ha penetrado el anestésico, al retirar el tubo isquémico los vasos recobran su circulación de modo activo; la herida sangra y gran parte de la solución anestésica (la que alojan los vasos seccionados) sale, substrayéndose a la circulación y, por lo tanto, sin producir efectos tóxicos.

Ventajas e inconvenientes de la anestesia arterial. — El método perfeccionado de anestesia arterial nos parece el

preferible en las grandes operaciones del miembro superior en todos los casos en que la anestesia general está contraindicada y no lo esté la local. La limitación de ésta se refiere a los inconvenientes de la conservación del sensorio consciente durante la operación, como en los niños, en las personas muy emocionables (shock psíquico-operatorio), y a las características lesionales, sobre todo en las lesiones inflamatorias (erisipela, gangrena, flemones), que contraindican la compresión isquémica. Sobre la anestesia venosa tiene la arterial la ventaja de conducir de modo más fisiológico el agente anestésico a los tejidos. Las válvulas venosas

tituyen la indicación principal de la anestesia arterial en el miembro superior (sarcomas y osteosarcomas, epitelomas extensos, condromas), tanto al extirparlos signiando un método conservador, cuanto para las amputaciones y desarticulaciones que puedan exigir.

La acción de las disoluciones anestésicas en la sangre intraarterial y en las paredes de los vasos son también de escasa importancia, como lo demuestra además la falta de alteraciones circulatorias (trombosis, endoarteritis), como consecuencia de la anestesia en los numerosos casos en que la hemos practicado.



se oponen en esta forma de anestesia a la penetración profunda de las disoluciones, y, por tanto, la anestesia venosa de Bier es sólo utilizable para anestesiar zonas superficiales.

Por consiguiente, podemos formular las contraindicaciones de la anestesia arterial de la manera siguiente: por la edad en los niños; por el estado psíquico en los emocionales extremos y pusilánimes que piden el sueño narcótico para la operación. Por las condiciones locales lesionales estará contraindicada cuando lo esté la isquemia de Esmarch. En las lesiones inflamatorias muy dolorosas (flemones difusos, erisipelas, linfangitis extensas, etc.). En las gangrenosas (sobre todo gangrena húmeda y séptica). Las lesiones crónicas inflamatorias (especialmente la tuberculosis), y en primer lugar las lesiones neoplásicas de gran desarrollo, cons-

tituyen la indicación principal de la anestesia arterial en el miembro superior (sarcomas y osteosarcomas, epitelomas extensos, condromas), tanto al extirparlos signiando un método conservador, cuanto para las amputaciones y desarticulaciones que puedan exigir.

(1) Nassetti: «Dell'anestesia regionale andovasale». (Politénico, 1911, números 11 y 12.)

alipina con adrenalina, producen alteraciones insignificantes de las paredes vasculares.

La anestesia arterial en la práctica.—No ha encontrado gran aceptación en la práctica nuestro método de anestesia arterial. En el presente trabajo hemos tratado de describirla minuciosamente y marcar sus indicaciones para divulgarla. En el Hospital General, el Dr. Vigueras la empleó en algunos casos poco después de nuestras primeras publicaciones. También entonces, el D. Esteban, de Reus, que tuvo ocasión de verla practicar en nuestras clínicas, la empleó en dos casos.

El Dr. W. Oppel, de Leningrado (1), empleó también la anestesia intraarterial en tres casos, siguiendo nuestra técnica. Las observaciones fueron las siguientes: un caso de aplastamiento de los dedos cuarto y quinto de la mano. Inyectó por la radial 7 c. c. de la disolución de novocaína al 5 por 1.000 y el efecto anestésico fué insuficiente; en el segundo (una herida por proyectil en la mano) inyectó 10 c. c. de la disolución y la anestesia tampoco fué completa; pero en la tercera observación hizo la inyección por la arteria pedia (40 c. c.), practicando la artrodesis tibiotarsiana con completa insensibilidad. En los primeros casos la deficiencia anestésica fué debida, sin duda, a la corta cantidad empleada de la disolución.

Zapelloni (2) relata un caso de cáncer de la lengua donde, después de ligada la arteria lingual, se inyectaron en la parte periférica del tronco 25 c. c. de una disolución de novocaína-suprarrenina al 0,5 por 100, lográndose así una anestesia óptima de la lengua, del suelo de la boca y del pilar del velo palatino. El autor recomienda pensar también en la posibilidad de la inyección por la arteria temporal para practicar intervenciones en la cabeza.

Ya en 1910, poco después de haberse publicado nuestro método, el Dr. J. L. Ransohoff (*Annals of Surgery*, Abril de 1910) expuso una modificación de la técnica, dándola a conocer con el nombre de «Anestesia terminal arterial». En su trabajo da cuenta de algunos experimentos realizados en perros y en conejos y dos casos en la práctica clínica. En el hombre empleó la siguiente técnica: aislamiento del vaso arterial, previa infiltración anestésica; luego, aplicación de la venda de Esmarch, de tal manera que no se interrumpía la circulación arterial, pero sí el retroceso de la sangre venosa. Después, inyección con una aguja muy fina, en la arteria aislada, de la substancia anestésica en disolución (cocaína al 0,5 por 100) en cantidad de 4 a 8 c. c. En los casos operados con esta técnica la insensibilidad fué completa.

En estos últimos tiempos han aparecido algunos otros trabajos sobre este tema, tales como el de I. P. Arlan, sobre excisión de la glándula pineal en un mono bajo anestesia arterial (3). Después de poner al descubierto la carótida común derecha y elevada la cabeza se inyectaron en este vaso 20 c. c. de una solución de goma al 2 por 100, adicionados de 15 miligramos de cocaína y 0,3 gramos de disolución de adrenalina al milésimo. La penetración y progresión del líquido en el área vascular se pudo comprobar por la palidez paulatina de la piel roja del cráneo afeitado y del rostro. Al cabo de cinco minutos la cabeza y la cara quedaron del todo anestesiadas. Mediante una incisión amplia se pusieron al descubierto en la calota las regiones occipital

y parietal posterior, se ligó la hoz del cerebro con los senos venosos y se extrajo la glándula pineal después de separados los hemisferios. La anestesia fué buena, no hubo shock y el animal se restableció.

CONCLUSIONES

- 1.^a La anestesia por la vía arterial con disoluciones de novocaína al 0,5 por 1.000 permite ejecutar todas las operaciones importantes del miembro superior hasta el hombro.
- 2.^a Es un método regional superior a todas las demás formas de anestesia del brazo.
- 3.^a Tiene todas las ventajas y todos los inconvenientes de la anestesia local y regional comparada con la narcosis.
- 4.^a Con la perfección últimamente alcanzada por esta forma de anestesia su práctica es sencilla y al alcance de todos los cirujanos.
- 5.^a Su indicación principal la hallamos en la exéresis de las grandes neoplasias, ya de partes blandas, ya de los huesos, del miembro superior, aunque es método preciso para las amputaciones y resecciones, indicados por otros procesos, por ejemplo, los tuberculosos.
- 6.^a La duración indefinida del efecto anestésico mientras dura la isquemia da al método de anestesia arterial un alto valor.
- 7.^a El método de anestesia arterial, ideado por el autor en 1909, merece una difusión mayor de la alcanzada, ya que permite obtener una insensibilidad absoluta de la región, de duración casi indefinida, y no causa trastornos circulatorios imputables a la penetración en el vaso de las disoluciones anestésicas, ni el catéter en la variedad ascendente.
- 8.^a En las zonas donde no se puede isquemiarse por la venda de Esmarch, el método de anestesia arterial ofrece menos ventajas y es de eficacia aleatoria.

II

Anestesia rectal por «Avertina»

POR EL

DR. BLANCO FORTACÓN

Profesor agregado de la Facultad de Medicina de Madrid.
Cirujano jefe de servicio del Hospital de la Beneficencia general.

Las condiciones a que debe ajustarse un producto anestésico para su admisión a la práctica corriente de la narcosis quirúrgica son: 1.^a Técnica fácil de aplicación. 2.^a Sueño anestésico útil por realizar intervenciones de todo género. 3.^a Que no aumente, antes bien disminuya los peligros de los anestésicos conocidos tanto por lo que se refiere a su acción general como por lo que concierne a su acción local de contactos con los tejidos o superficies sobre las que se aplique.

En el primer punto la avertina se ajusta a las condiciones expuestas. La técnica es en realidad de dosificación, pues la preparación del enema es sencillo. Dilución en 200 centímetros de agua alcalinada con solución sódica a 2 por 100; la comprobación termométrica de la temperatura del enema, nunca superior a 40° y la seguridad de la estabilidad química del producto mediante el ensayo con rojo de Congo, son, con la lentitud de la inyección, reglas al alcance de un personal aun subalterno inteligente.

La segunda condición es más difícil de ser obtenida con la avertina. Ciertamente que con ella se logra a dosis un tanto elevadas (12 a 15 centigramos por kilo de peso del enfermo) un sueño anestésico profundo y duradero, con movilidad completa del enfermo y sin que éste sienta la menor sensa-

(1) W. Oppel, ref. *Zentralblatt für Chirurgie*, Abril 9-1910, núm. 15.

(2) Zapelloni: L'anestesia regionale per via intraarteriosa negli interventi sulla lingua e sul cráneo (*Arch. ed. atti della Soc. Ital. di Chir.*, 27 adun., Roma, 10-12 Noviembre 1920-1921; páginas 575-598.)

(3) Arlan: Excision of the pineal body of a monkey under intraarterial anesthesia. (*Indian med. Gaz.*, 1925, vol. LX, páginas 361 y 362.)

**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

TUBERCULOSIS · NEURASTENIA · ANEMIA

TRICALCINE

RECONSTITUYENTE

EL MÁS PODEROSO · EL MÁS CIENTIFICO · EL MÁS RACIONAL



MEDICACIÓN

LA MAS EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE

BRONQUITIS BAJO VARIAS FORMAS **ANEMIA**

RAQUITISMO - ESCROFULA

LACTANCIA y CRECENCIA DE LOS NIÑOS

TUBERCULOSIS

TRICALCINE

A BASE DE SALES CALCICAS CONVERTIDAS EN ASIMILABLES

DU DOCTEUR E. PERRAUDIN

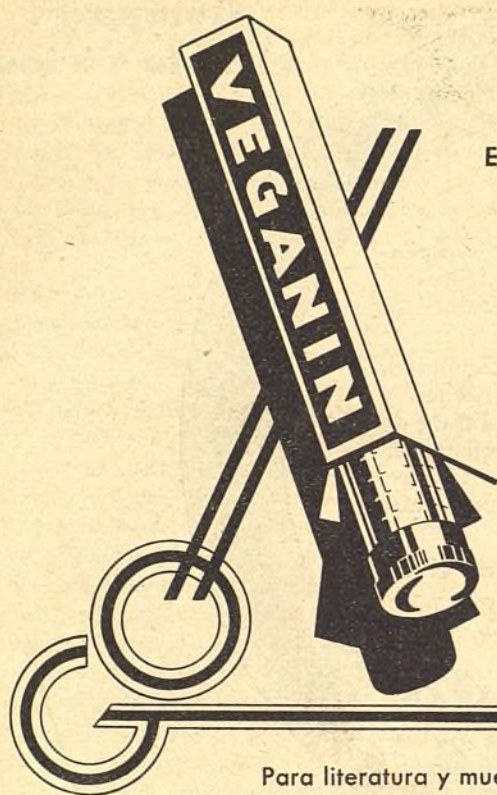
Ex-Chimiste Expert de la Ville de Paris
Ex-Elève de l'Institut Pasteur

DE VENTA EN TODAS LAS DROGUERIAS Y FARMACIAS DEL PAIS

Laboratoire des Produits Scientia · 21, rue Chaptal · PARIS

ESCROFULA · RAQUITISMO

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



VEGANIN

EL REMEDIO ANALGÉSICO DE EFECTOS MÁXIMOS

A base de la combinación científica de diferentes sustancias de acción diversa, de acuerdo con la teoría sinérgica del Prof. Burgui.

INDICACIONES:

En casos de Gripe, Resfriados, Neumonía, Neuralgias, Reumatismo, Disminoreia, en la práctica Odontológica y Postoperatoria, así como para aliviar toda clase de dolores.

GOEDECKE & Co. BERLIN, ALEMANIA

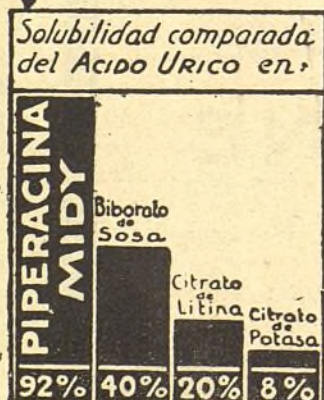
Para literatura y muestras gratuitas a los señores médicos, dirigirse a:

LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
APARTADO 410 - BARCELONA

PIPERACINA MIDY

GRANULADA
EFERVESCENTE

"El más rico en principio activo."



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

2 a 4
Cucharadas
de las de café por día.

MUESTRA Laboratorios MIDY

4, rue du Colonel Moll, PARIS

Ayuntamiento de Madrid

ción dolorosa. Mas no es menos cierto que a esta dosis la avertina tiene peligros y peligros graves.

A esas dosis comenzamos a emplear la avertina y en nuestras primeras anestias quedamos plenamente satisfechos; mas pronto hubimos de reducir la dosis. Los síncope respiratorios, las cianosis, los colapsos se produjeron con frecuencia alarmante. Entonces nos convencimos de que debíamos sacrificar la profundidad del sueño anestésico a la seguridad del procedimiento. Adoptamos la dosis de 8 a 10 centigramos por kilo que no deben jamás sobrepasarse.

Con estas dosis se puede obtener un sueño anestésico útil, sin auxilio de ningún otro narcótico, para la ejecución de operaciones de todo orden. Pero ello no ocurre más que en un 30 por 100 de casos. En el setenta restante la anestesia es incompleta. Se llega a una hipnosis con semianestesia. Aun a esas dosis los accidentes, sobre todo respiratorios, pueden presentarse. Pero son menos rápidos y menos frecuentes en su aparición, por lo cual pueden ser combatidos en su iniciación.

Estos accidentes registrados en nuestras anestias por la avertina, han sido de dos clases. La parálisis respiratoria y el descenso de la presión arterial, llegando hasta el colapso. Como hemos dicho antes, la parálisis respiratoria avertínica no tiene la brusquedad del síncope respiratorio clorofórmico; comienza con una disminución de la frecuencia de los movimientos espiratorios; poco a poco estos movimientos se hacen cada vez más rápidos hasta su extinción completa en el tiempo de algunos minutos; tras ello aparece cianosis, pulso débil, hasta síncope final. Estos accidentes son más frecuentes en las primeras fases del sueño anestésico, período, como es sabido, de máxima concentración sanguínea de la avertina, por no haber comenzado su eliminación por orina. Pero también hemos observado algún accidente tardío, sobrevenido ya terminada la operación, cuando el enfermo había sido trasladado a su cama a la hora u hora y media de la introducción del enema; sin que sea atribuible dicho accidente a la caída de la lengua y oclusión glótica, pues el enfermo estaba en este sentido perfectamente vigilado. Han sido accidentes respiratorios tóxicos graves, uno de ellos mortal, por dosis aproximadas a 15 c. c. por kilo, es decir, por exceso de dosis.

Esta selectividad de la avertina por los centros respiratorios obliga a tener dispuesto en cuanto el enfermo recibe el enema, un dispositivo para inhalaciones de ácido carbónico. Este excitante bulbar combate perfectamente los trastornos respiratorios de tipo paraltico que en la anestesia avertínica constituyen el principal peligro. Tanto más en cuanto esta perturbación respiratoria puede con un poco de atención ser advertida precozmente y combatida, por tanto, al iniciarse. En los casos de depresión circulatoria intentamos usar lóbelina, efetonina y cardianol.

El efecto anestésico es duradero; de tres a cuatro horas. Aun en los casos de evacuación del enema durante la operación la acción narcótica subsiste. Es que la avertina se absorbe rápidamente por la mucosa intestinal dejando gran parte del vehículo con el cual fué introducida, de suerte que si a los quince minutos examinamos el agua del enema hallamos muy poca avertina en la misma. Esto constituye una ventaja en cuanto a la rapidez de acción, pero es inconveniente para evitar el paso del fármaco a la sangre en caso de accidentes, pues la evacuativa o extracción del enema no llega a tiempo para evitar el paso a la sangre.

Nada hay que decir respecto a accidentes irritativos en mucosa rectal siempre y cuando la dilución en el vehículo acuoso sea conveniente (2 $\frac{1}{2}$ a 3 por 100) y se haya ensayado

con rojo Congo (color rojo de la prueba) la pureza de la avertina. En casos de repetición del enema avertínico varias veces al día (tétanos) no hemos observado accidentes irritativos rectales.

Resulta por todo lo dicho que el problema de la avertina es un problema de dosificación. Conocemos la dosis hipnótica y semianestésica, no peligrosa, que constituye la llamada anestesia de base, pero no tenemos aún bien establecida, al menos por vía rectal, la dosis quirúrgica que no requiera completamente de otros anestésicos. La conocemos, sí, pero esa dosis es peligrosa, como antes hemos expuesto.

Hay en este punto susceptibilidades, especiales idiosincrasias medicamentosas. Tal enfermo, por ejemplo, se anes-



tesia perfectamente y sin el menor accidente con una dosis de 15 centigramos por kilo; en tal otro, esta misma dosis provoca un síncope mortal.

Otro enfermo duerme profundamente con 8 centigramos por kilo; otro, con esa misma dosis realiza movimientos automáticos de defensa que imposibilitan toda maniobra. Ese es el verdadero estado de la cuestión.

La interpretación del mismo puede ser: o bien una diversa acción organotropa del medicamento, o bien un distinto modo de absorción por el intestino. Las diferencias en los resultados probablemente se deben a esto: a que hay intestinos que absorben muy regularmente la avertina y otros que la absorben muy defectuosamente.

Difícil es comprobar en cada caso ese extremo; el intestino no es la vena donde en cada momento podemos inyectar la cantidad precisa para obtener efectos, inyectando, suspendiendo la inyección, repitiéndola si es preciso, viendo en cada momento cómo responde la función sensitiva y cerebral a la acción de la solución anestésica.

En el enema avertínico, la dosis anestésica previamente calculada es introducida en la cavidad del intestino, *encomendando* a su mucosa aquella acción absorbente regular que de modo consciente e inteligente realiza el operador que inyecta en una vena un principio anestésico. Y como la función absorbente del recto difiere de unos individuos a otros, de ahí la variabilidad de resultados obtenidos, ya que en unos casos una dosis será absorbida más rápidamente, más completamente, más regularmente que en otros.

Quizás por esta razón no sea en un porvenir inmediato la vía rectal, sino la endovenosa, la preferente para la anestesia avertínica. Las observaciones hechas a este propósito van siendo cada vez más concluyentes.

¿Tiene la avertina ventajas reales respecto a los otros medios de anestesia general? ¿Debe substituir a los otros anestésicos por inhalación? Tanto ella como los otros modos de anestesia rectal resuelven un problema de importancia técnica: la supresión de la ocupación del campo operatorio por los aparatos de inhalación en las operaciones de cabeza, cara y cuello. Mas para que esto tenga una realidad es preciso que la anestesia avertínica pueda hacerse del tipo llamado profundo, es decir, completo, y no de base, que no es más que una hipnosis con semianestesia. Cuando con el enema avertínico logramos sólo una inconsciencia del enfermo, pero éste siente, aunque atenuadas, las sensaciones dolorosas de las maniobras quirúrgicas, el enfermo realiza movimientos desordenados violentos, tanto más violentos en cuanto falta el freno de lo consciente, y entonces la intervención operatoria es imposible y hay que acudir a la mascarilla del éter o al protóxido de azoe, y entonces se pierde una de las principales ventajas del procedimiento: la de dejar libre el campo operatorio en esas complejas intervenciones de cabeza, de faringe, de cara, de cuello, no susceptibles de anestesia local. No es válido el argumento de que con avertina son suficientes pequeñas dosis de éter que requieren sólo momentos de aplicación del aparato. Menores son, si, las dosis requeridas, mas no es la simple aplicación durante unos momentos lo que logra la anestesia completa. Esta hay que obtenerla con tiempo suficiente a la sucesión regular de los períodos predecesores a la anestesia completa, y si bien ello requiere menores dosis no se logra en instantes. Además, esa materia hay que mantenerla con aplicaciones sucesivas de la máscara de inhalación, todo lo cual elimina las ventajas de la anestesia rectal.

Dos acciones tiene la avertina que le dan la primacía entre todos los anestésicos para determinadas afecciones de aspecto quirúrgico. Una de ellas es la supresión de la excitación preanestésica. Otra, la amnesia de la operación. La primera propiedad es un triunfo de la avertina. En los enfermos de Basedow la emotividad constituye un peligro para la intervención; el shock psíquico representado por la visión de su operación durante las horas que la preceden constituye un factor temible. Si durante algunos días ponemos al enfermo enemas diarios de agua, el enfermo cree que el enema avertínico del día de su intervención no es más que otro enema de limpieza intestinal; y así, ignorando en absoluto la fecha de su intervención, llega a ella sin enterarse, suprimiéndose el terror y la crisis de hipertiroidismo, provocada a la vista de la máscara anestésica. Análogas ventajas se logran en enfermos nerviosos y en cirugía de niños, y es precisamente en todos estos enfermos en quienes hemos obtenido mejores efectos anestésicos con menores dosis.

Otro efecto beneficioso es el de la calma postoperatoria. El enfermo duerme algunas horas después de su operación. Sólo hay que cuidar de la caída de la lengua sobre glotis, y vigilar respiración y pulso. Poco a poco va despertando sin agitación; permanece en semiconsciencia bastante tiempo y no recuerda nada de lo que con su operación se relaciona.

Los dolores postoperatorios son muy atenuados; el personal de nuestra clínica ha comprobado que casi ningún enfermo requirió inyecciones calmantes. Los vómitos no se presentan, y la sed torturante de los operados no se advierte.

El número de complicaciones postoperatorias ha sido menor que con otras anestésicas. Resulta este asunto sorprendente, pues el mecanismo inicial de muchas de ellas es la atelectasia pulmonar, que por el hecho de la prolongación del sueño y de la insensibilidad glótica debiera ser

favorecida, tanto por la menor expansión torácica como por la aspiración de exudados faríngeos.

No hemos comprobado tampoco perturbaciones renales ni hepáticas. También éste es un hecho que llama la atención, pues la mayor parte de la circulación venosa rectal es tributaria de porta. Indudablemente la avertina tiene una acción tóxica escasa sobre célula hepática.

Estudiada la reserva alcalina en los enfermos anestesiados a dosis moderadas de avertina, y bien preparados para su intervención (supresión de ayuno preoperatorio, gimnasia respiratoria previa, régimen apropiado), hemos observado una constancia mayor en el equilibrio acidobásico que con los otros anestésicos. Este equilibrio permanecía, o estable o con ligera desviación hacia la acidosis.

III

La anestesia regional por el bloqueo químico de los nervios como medio terapéutico y de diagnóstico

POR EL

PROFESOR A. TRÍAS

Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona.

RESUMEN

En este trabajo consideramos el bloqueo de los nervios producido no sólo por sustancias que, como la cocaína y sus derivados, tienen un efecto específicamente anestésico, sino también por aquellos otros que puestos en contacto con las fibras o las sinapsis nerviosas, introducen en éstas modificaciones funcionales y anatómicas que en algunos casos pueden ser muy duraderas y hasta definitivas (alcohol, ácido fénico, nicotina, triful, ácido cósmico, etc.).

1.º *Bloqueo químico de la sensibilidad visceral con fines diagnósticos y terapéuticos.*

a) *Anestesia paravertebral.*—La correspondencia entre los pares raquídeos y la inervación sensitiva establecida por Læwen, Kappis y Pieri, ha sido la base del bloqueo sensitivo paravertebral, permitiendo aclarar la localización de las lesiones viscerales en algunos casos de síndromes oscuros.

Como medio terapéutico ha sido empleada en las crisis gástricas de los tabéticos con resultados inconstantes. En la angina de pecho el bloqueo del ganglio cervicotorácico puede tener un gran valor diagnóstico para decidir su extirpación quirúrgica.

b) *El bloqueo anestésico del dolor de irradiación.*—Es, principalmente, a nivel del nervio frénico que puede tener gran utilidad diagnóstica este bloqueo, diferenciando algunas lesiones de las vísceras torácicas y abdominales que pueden confundirse por la intensidad de estas irradiaciones.

c) *Anestesia intradérmica y subcutánea para el bloqueo de las zonas de Head.*

Resultados brillantes en los procesos inflamatorios agudos del pulmón, calmando la punta de costado y permitiendo amplios movimientos respiratorios. Asimismo resultados excelentes en general en el cólico hepático.

El bloqueo intradérmico definitivo con alcohol ha aliviado mucho a un enfermo afecto de cáncer gástrico inextirpable (caso personal).

En la angina de pecho puede ser de utilidad,



2.º El bloqueo cocainico en algunos trastornos funcionales del estómago.

Discusión de las aplicaciones modernas de este método, ya por sí solo, ya como auxiliar de la Cirugía. En la casuística personal del autor, el vómito rebelde de los operados y de las embarazadas ha mejorado más claramente con la anestesia paravertebral que con la de los espláncnicos.

3.º El bloqueo químico del simpático en el tratamiento del íleus paralítico.

La anestesia espinal, la de los espláncnicos y la paravertebral consiguen el mismo efecto. En la primera los efectos son seguros, pero cierta hipotensión arterial, menos marcada en la de los espláncnicos, debe ser tenida en cuenta, aun no siendo grave, pues el medio más eficaz de combatirla es la adrenalina, que, por otra parte, neutraliza la acción del bloqueo en lo que se refiere a la motilidad intestinal. Conviene, pues, evitar esta hipotensión. La anestesia paravertebral por ser más larga y menos difícil, tiene menos aplicación en el íleus.

Creemos preferible la anestesia de los espláncnicos con novocaína sin adrenalina. En el íleus paralítico secundario a la peritonitis aguda generalizada grave, en general el bloqueo del simpático resulta ineficaz. En las peritonitis generalizadas discretas y en las peritonitis localizadas lo consideramos contraindicado. Sólo será aplicable a la parálisis intestinal residual después de una peritonitis ya vencida (caso raro). En el íleus paralítico secundario a un obstáculo mecánico, puede ser un medio auxiliar eficaz una vez extirpado o excluido el obstáculo.

El bloqueo del simpático con la nicotina no tiene aun en clínica carácter de una adquisición terapéutica definitiva. No pudiendo inyectarla en el espesor de los ganglios semilunares, su acción es débil si la solución no es concentrada, y de serlo, su acción hipertensiva de las arterias es peligrosa.

4.º El bloqueo del simpático lumbar en la enfermedad de Hirschprung.—Clínica y experimentalmente se demuestra el valor terapéutico de la interrupción del simpático lumbar en esta afección, como recurso poco grave si se le compara con los demás métodos quirúrgicos.

5.º El bloqueo químico nervioso en las afecciones pancreáticas.—Parece que a los pares D IX y D X izquierdos corresponde la conducción sensitiva del páncreas. Su bloqueo ha hecho ya sus pruebas favorables en la clínica contra el dolor y algunas pancreatitis agudas parece que han mejorado. Investigaciones patológicas parecen hacer presumir, en medio de las obscuridades de esta cuestión, que el bloqueo paravertebral o de los espláncnicos puede ser de gran valor terapéutico en las primeras horas de la necrosis aguda del páncreas.

En la diabetes se vislumbran varias posibilidades, derivadas del descenso de la glicemia en el bloqueo de los espláncnicos y del vago, sin que hoy podamos establecer nada en definitivo.

6.º El bloqueo químico nervioso en las enfermedades del riñón.—La anuria refleja proporcionará a este bloqueo una indicación formal. La anestesia paravertebral tiene una acción selectiva sobre el simpático, pero produce una relajación de las paredes abdominales y una congestión intra abdominal que no se presentan en el bloqueo de los espláncnicos.

En la eclampsia gravídica el bloqueo ha dado resultados satisfactorios.

La litiasis uretral puede ser favorablemente influida por el bloqueo de los espláncnicos calmando el dolor y favoreciendo la emigración del cálculo.

7.º El bloqueo nervioso en ciertas afecciones de las extremidades.

A) En los trastornos circulatorios de los miembros.

a) Neurolisis periarterial.

b) Bloqueo de los nervios raquídeos con el alcohol.

c) Bloqueo químico de la cadena simpática lumbar y de simpático cervicotorácico.

Este bloqueo anestésico como medio diagnóstico ha sido propuesto y empleado para valorar el resultado de la simpatectomía paravertebral.

d) Anestesia espinal para los miembros inferiores.

B) Bloqueo anestésico del nervio ciático.

c) Bloqueo anestésico de los ganglios paravertebrales.

Para los ganglios dorsales superiores se sigue la técnica de Labat.

Para la cadena lumbar, Whitte ha propuesto la misma técnica de Kappis.

Neurolisis terapéutica de la cadena simpática lumbar con el alcohol o el trifenol.

El autor ha empleado en doce casos el bloqueo duradero del simpático lumbar como substitutivo de la gangliectomía cruenta.

Para evitar el bloqueo simultáneo de los espláncnicos, utiliza una técnica personal. La aguja llega al simpático lumbar por vía posterior pero por debajo de los espláncnicos. El bloqueo se realiza con tres inyecciones de las cuales, la superior (bloqueo del 2.º ganglio lumbar) es la más importante. Ha empleado hasta hoy el alcohol de 80º y el trifenol al 5 por 100.

Este bloqueo es inocuo y puede repetirse varias veces en caso de fracaso (debido siempre a desviaciones de la aguja). La gangliectomía no tiene inconvenientes, si se practica después de varias tentativas estériles de bloqueo químico.

Como la gangliectomía, la neurolisis química del simpático lumbar, encuentra sus indicaciones en la enfermedad de Raynaud y en aquellas tromboangeitis obliterantes en que el índice vasomotor es alto. En las arteritis seniles, en las úlceras varicosas y en otros trastornos tróficos, la indicación es menos precisa.

8.º Influencia de la anestesia local y regional sobre el tono de la musculatura voluntaria.

En el terreno doctrinal tiene la cuestión muchas obscuridades que no permiten tomar decisiones terapéuticas demasiado categóricas, pero en algunos casos concretos la práctica demuestra su utilidad.

En el tétanos localizado, la inyección en el mismo músculo de una solución de novocaína puede dar un alivio temporal apreciable. Enumeración de una serie de enfermedades tributarias en ciertas condiciones de este tratamiento.

El bloqueo químico paravertebral ha dado resultados desiguales en las hipertomías musculares, no siendo posible juzgar de ellos por la modernidad del método.

9.º El bloqueo químico en los dolores de los riñones de amputación.—Cuando ni clínica ni radiológicamente puede precisarse la causa del dolor, el bloqueo anestésico de los troncos nerviosos será un buen medio diagnóstico que nos conducirá a sentar la indicación de la neurectomía o de la neurolisis con alcohol.

Si se trata de trastornos espasmódicos vasculares por irritación en un punto imposible de precisar, la gangliectomía o el bloqueo químico de la cadena simpática lumbar (en los miembros inferiores) puede dar un alivio definitivo.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Faure-Beaulieu y Brun. EL TREPONEMA EN LAS ADENOPATÍAS SATÉLITES DE LAS ARTROPATÍAS TABÉTICAS.—Faure-Beaulieu había comprobado ya con anterioridad en dos enfermos tabéticos con osteoartropatías coxofemorales y adenopatías inguinales satélites, lesiones de vasculitis específica en los fragmentos de ganglios extraídos por biopsia, y además la presencia de treponemas en la proximidad de estos vasos lesionados.

Este mismo autor, en colaboración con Brun, publica en esta ocasión un tercer caso análogo. Se trata de un hombre de sesenta y un años, afecto de una artropatía tabética de la rodilla izquierda, con numerosos ganglios inguinales izquierdos, de notable dureza. La biopsia de un ganglio puso de manifiesto una masa linfóide nucleada en un tejido escleroso denso, con invasión vascular extraordinaria. Los vasos presentaban lesiones típicas de arteritis sifilítica. El treponema, difícil de encontrar, fué, sin embargo, puesto de manifiesto en la periferia del ganglio, en el borde de los capilares de nueva formación.

Estos hechos aportan una prueba en favor de la etiología sifilítica y no trófica de las artropatías tabéticas. (*Ann de Der. et Syph.*, 10 de Octubre de 1931).—T. B.

Anderssen. ESTEVIOSITA: EL SUPERAZÚCAR.—En una planta sudamericana que tiene el nombre científico de *Stevia*, hay una combinación química que es 300 veces más dulce que el azúcar de caña, y a la cual se ha dado el nombre de Esteviosita.

La planta sólo ha empezado a ser conocida en ciencia desde principios de siglo. Es afín a la eupatoria (orégano de agua) virgínica (*Eupatorium cannabinum*). Después de su descubrimiento ganó pronto el título de «la planta más dulce del mundo». De hecho basta un trocito de ella para endulzar una taza de café. Desde entonces se han hecho varios ensayos afortunados, en parte, para aislar la materia dulce de esta planta y analizarla químicamente. Pero sólo recientemente, dos químicos franceses han conseguido obtener pura esa substancia. Los Dres. Briddell y Laville han descubierto que los cristales de esteviosita, al intentar separarles el agua que a ellos va unida, se descomponen en dos componentes, en 60 por 100 de glucosa y en 40 por 100 de una substancia, hasta ahora desconocida, a la que han llamado Esteviol. Es notable que este esteviol no tiene sabor alguno. (*Illustrirte Zeitung*, 11 Febrero).—P. M.

André Thomas y J. B. Buvat. ¿EXISTE UNA ENCEFALITIS ZOSTERIANA? HERPES ZOSTER DE NÚCLEOS MÚLTIPLES, MUERTE EN EL OCTAVO DÍA.—Se trata de una enferma de cincuenta y ocho años que con anterioridad había presentado un estado de depresión e irritabilidad nerviosa, en la que se desarrolló un cuadro mental grave, caracterizado por excitación motora con coprolabia, confusión, onirismo, ideas de ruina y de persecución, que condujo, después de una fase de mejoría, a un gatismo absoluto, con rehusé sistemático de los alimentos, sin ningún signo somático de una afección nerviosa orgánica. Después de muchas semanas de evolución de este alarmante cuadro mental, prodújose una hipertermia muy elevada y una erupción

en el tórax, caracterizada por bandas eritematosas con vesículas, la cual se interrumpía, a nivel de la línea axilar, con algunas placas aberrantes a nivel de la región glútea derecha y del surco interglúteo. La muerte sobrevino ocho días más tarde.

Esta observación resulta difícil de interpretar. Puede considerarse el zona como una afección asociada a una enfermedad infecciosa de una u otra naturaleza o referirlo todo a un mismo virus. La coincidencia de la elevación térmica con cada brote eruptivo, la posibilidad de difusión a los diversos centros nerviosos de la infección zosteriana, permiten a los autores sostener esta última hipótesis.

El único hecho digno de señalarse en esta enferma es una hipercolesterinemia de 2,50 gramos, que los autores consideran ligada a una perturbación en el funcionamiento del hígado o de las cápsulas suprarrenales. (*Paris Medical*, tomo XXI, núm. 28, 1931).—Tomé BONA.

T. Battistini. LA VERRUGA PERUANA Y SU TRANSMISIÓN POR EL «FLEBOTOMO».—Townsend ha demostrado ya en el año 1913 que el vector de la verruga peruana era un insecto, el «phlebotomus verrucarum». Estas conclusiones fueron discutidas y algunos otros autores consideraron como el vehículo de esta enfermedad una especie particular de las garrapatas.

El autor, en colaboración con Sáinz, se ha propuesto comprobar experimentalmente la transmisión por los flebotomos sobre los monos inferiores, exponiéndoles a las picaduras de estos dípteros con el fin de aislar el «bartmella bacilliformis» de su sangre o en sus vísceras.

Expone el autor en este trabajo, en primer lugar, sus experiencias de transmisión de la verruga peruana al «macacus rhesus» por la picadura del «phlebotomus verrucarum», después la manera como ha podido aislar el agente patógeno en el flebotomo vector, y en último término, como método indirecto de demostración, la inoculación de emulsiones de flebotomos al macaco con el fin de practicar un hemocultivo para poder aislar la bartonella. Estas experiencias han dado resultados positivos confirmando científicamente la teoría de Townsend. Estas experiencias han sido confirmadas por otros autores, entre los que se encuentran Noguchi, Shanon, etc. (*Revue Sud-Americaine de Médecine et de Chirurgie*, tomo II, núm. 7).—T. B.

Roux. FIEBRE BOTONOSA Y TIFUS EXANTEMÁTICO.—La famosa «fiebre botonosa», confundida frecuentemente con el tifus exantemático, es una afección especial y perfectamente distinta de él.

El hecho acaba de ser demostrado por las experiencias de G. Blanc y J. Caminopetros, del Instituto Pasteur, de Atenas, que tenemos el honor de presentar a la consideración de la Academia.

Dichos autores también han demostrado que un pequeño roedor de Rusia y de Macedonia, «el citillus», o espermófilo, es extremadamente sensible al virus de esta fiebre botonosa, mucho más que el hombre y aun que la rata. Precisa desconfiar del «citillus».

Observemos que la fiebre botonosa semeja mucho a la «fiebre manchada» de las Montañas Rocosas; pero nada de común tiene con el tifus exantemático. (*Académie des Sciences*, París, 25 de Agosto de 1931).—CH. D

DESPUES DE LA GRIPE

FOSFOARSIL

ENERGICO RECONSTITUYENTE

Sobrealimento completo, compuesto y dosificado escrupulosamente para complacer a los más exigentes fisiólogos; de sabor agradabilísimo, de una digestibilidad perfecta, **Fosfoarsil**, Elixir o Granulado, resuelve la cuestión de la sobrealimentación racional de los enfermos, de los convalecientes, de los niños y ancianos. Es un acumulador de fuerzas aconsejado hace más de veinte años por los médicos más eminentes a los anémicos, a las mujeres encinta, a las madres en el período de la lactancia, a los agotados, a los que digieren con dificultad o sufren alguna afección del estómago, etc.

Sus fórmulas estudiadas y experimentadas por expertos clínicos, son elaboradas con todo el esmero que una medicación moderna requiere, y si se digna usted ensayarlo en alguna de sus tres formas, será su más ardiente y formal defensor, convencido de sus positivas propiedades terapéuticas, por los resultados obtenidos.

Por su sabor exquisito es un agradabilísimo licor de postre el **Elixir FOSFOARSIL** y un verdadero postre el **FOSFOARSIL Granulado**.

FORMULAS

ELIXIR	GRANULADO	INYECTABLE
		<i>por c. c. contiene</i>
Fósforo..... 1,10 mgs.	Fósforo..... 1,10 mgs.	Fósforo..... 1,10 mgs.
Nucleinato de sosa... 0,05 gr.	Nucleinato sódico.... 0,05 gr.	Nucleinato sódico.... 0,01 gr.
Acido cacodílico.... 0,02 »	Acido cacodílico.... 0,02 »	Acido cacodílico.... 0,02 »
Ex. fluido de nuez de kola..... 0,10 »	Glicerofosfato de cal. 0,50 »	Suero Hayem..... 1 c. c.
Elixir de pepsina.... 20 »	Ext. nuez de kola.... 0,10 »	
	Azúcar c. s.	
Por cucharada sopera.	Por cucharada pequeña.	En ampollas de 2 c. c.

DOSIS

ELIXIR	GRANULADO	INYECTABLE de 2 c. c.
Una cucharada sopera después de cada comida principal.	Una cucharada de las de café después de cada comida principal.	Una inyección diaria.
Precio: 7,50 pesetas.	Precio: 6 pesetas.	Completamente indolora.
		Precio: 15 pesetas.
		Caja de 12 ampollas.

(NIÑOS LA MITAD DE LAS DOSIS)

PREPARADO EN EL

LABORATORIO CASTELLS

Encarnación, 70. — BARCELONA

FOSFOTIOCOL

TOSES Y CATARROS



VACANTES

Atendiendo las razones alegadas por el inspector general de Instituciones Sanitarias, debidamente justificadas y a conveniencias del servicio,

La Dirección general de Sanidad ha resuelto que los Tribunales nombrados para juzgar las oposiciones de médicos pediatras y ayudantes fisiólogos de los Dispensarios antituberculosos de esta capital queden constituidos de la siguiente forma:

Tribunal para las plazas de médicos pediatras.

D. Antonio Ortiz de Landazuri, presidente.

(Continúa en la pág. XVIII.)

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
LUGENA (CÓRDOBA)

Jarabe

"DEYEN"

de Manzana Laxante

Utilísimo en los adultos e insustituible en los niños.

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

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

Frasco de muestra a los señores médicos, pidiéndolo al director del Laboratorio, Ponzano, 18, entresuelo izqda.

¡Cuidado! Pedid el DEYEN pues hay imitaciones.



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos a la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

eternidad». Como los hombres de acción expuestos diariamente a la muerte, el oficial se encontraba sin miedo. Para no tenerle guardaba en su corazón la doble fe del patriota y del creyente. Ama tanto a su país que ha defendido ante los enemigos, como a Dios, al cual va a dar cuenta de su pasado. A la hora solemne espera al sacerdote, y no enmudece. Simplemente lamenta no haber muerto gloriosamente sobre el campo de batalla luchando a pie firme contra el enemigo

"MALTOPOL"

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

invisible que su espada no puede alcanzar. Ante lo inevitable, no se obstina y la resignación entra en su alma. Las palabras del sacerdote le sirven de ayuda, pero el recuerdo de una vida de abnegación y de sacrificio es, sobre todo, la imagen consoladora que inscribe sobre su frente la calma y la nobleza de la última serenidad.

M. P. B.



TANTO EN LO MORAL como en lo físico, conviene dividir lo que es metal de lo que es escoria.

M. RIBALTA.

EL SILENCIO se oye.

EN EL AÑO NUEVO

Si decimos: «Año Nuevo
vida nueva»,
¿qué propósito nos guía?

LIBROS DE MEDICINA

R. Chena y C.º, Atocha, 145, Madrid.

¿Expresamos una idea:
arrinconar el pasado
y aprovechar la experiencia?...
¿Es el tópico viejísimo
que nada dice ni encierra?...
Es prurito de engañarnos,
a sabiendas.

Los pecados capitales
encadenan
a la Humanidad, de modo
que ninguno se libera,

CATARROS. TOS JARABE MADARIAGA. benzocinámico.

y las almas y los cuerpos
sufren tiranía eterna.
¡Nueva vida!... ¡Quién pudiese
«remendar» algo la vieja!...
¿No se puede ser «más buenos»?
Ser «menos malos» siquiera,
y así nos parecería
vida «nueva».

¡Ruede el mundo, siga el baile!...

JARABE ALMERA

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

Es muy breve la existencia
si se goza; si sufrimos

es eterna,
y cada cual interprete
su papel, en la comedia.
Es inútil proponerse
lo que incumplido se queda.
Hay, solamente, una mira
que es salvadora en «conciencia».
Si en la «vida vieja» fuimos
el corderillo o la oveja,
cambiar los papeles, siendo
lobos, en la «vida nueva»...

EL PAJAROIDE.

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

UN COJO que lleva una pierna de palo, al bajar de un tranvía resbala y se cae, y en el suelo empieza a dar grandes gritos.

Un transeunte se le acerca solícito.

—¿Qué le pasa a usted, hombre?

—¡Ay! ¡Que se me debe haber roto una pierna!

—¿Y a quién llamamos? ¿Al médico o al carpintero?

ANTIPHLOGISTINE

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

SI NOS EXAMINÁRAMOS de vez en cuando, el resultado natural del examen sería nuestra mayor perfección.

MONTAGÚ.

LOS JÓVENES serían muy peligrosos si en sus procedimientos se condujeran como un anciano amable.

M. DE M.

Art. 9.º La sentencia declarará culpable cuando proceda al cónyuge que hubiese dado causa al divorcio, o a los dos, en su caso.

Art. 10. La reconciliación pone término al juicio de divorcio. Los cónyuges deberán ponerla en conocimiento del Juez que entienda en el litigio. Cuando la solicitud de divorcio estuviera fundada en mutuo disenso de los cónyuges, la reconciliación impedirá que vuelvan a intentarlo, sin justa causa, hasta después de transcurridos dos años.

CAPÍTULO III

De los efectos del divorcio.

SECCIÓN PRIMERA

De los efectos del divorcio en cuanto a las personas de los cónyuges.

Art. 11. Por la sentencia firme de divorcio, los cónyuges quedan en libertad de contraer nuevo matrimonio, aunque el culpable sólo podrá contraerlo transcurrido el plazo de un año desde que fué firme la sentencia. La mujer, sin embargo, quedará sujeta a la prohibición del número segundo del art. 45 del Código civil, debiendo empezar a contarse el plazo de los trescientos un días desde la diligencia judicial de separación de los cónyuges. Esta prohibición no regirá cuando el divorcio se haya decretado en

virtud de alguna de las causas quinta, sexta, undécima y duodécima, o por mutuo disenso.

Art. 12. No podrá contraer válidamente nuevo matrimonio el cónyuge que hubiese sido declarado culpable por por la causa tercera del art. 3.º

Art. 13. Los cónyuges divorciados que no hubiesen celebrado otras nupcias podrán contraer nuevo matrimonio entre sí en cualquier tiempo.

SECCIÓN SEGUNDA

De los efectos del divorcio en cuanto a los hijos.

Art. 14. La disolución del matrimonio no exime a los padres de sus obligaciones para con los hijos. El Juez fijará la forma en que el padre o madre que no los conserve en su poder deberá contribuir al cumplimiento de aquéllas.

Son aplicables a este supuesto las disposiciones del artículo 33.

Art. 15. Los hijos conservan todos los derechos y ventajas que les están asegurados por las leyes, por sus padres o por otras personas; pero no podrán ejercitarlos sino en los mismos casos en que podrían hacerlo de no haber mediado el divorcio.

Art. 16. Disuelto el matrimonio por cualquiera de las causas primera, segunda, novena, décima, undécima y duodécima, o por mutuo disenso, podrán los cónyuges acordar

NOTICIA NECROLOGICA

M. ENRIQUE E. GIRARD

Aunque con impresionante aparato de solemnidad militar, el día 8 de Febrero tuvieron lugar en París las exequias del que fué médico inspector general del servicio de la Sanidad marítima y miembro corresponsal de la Academia de Medicina de aquella capital, Dr. D. Enrique C. Girard.

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

Este ilustre compañero fué licenciado en Montpellier y nombrado ayudante médico de la Armada en 1883. Brillantemente franqueó las etapas necesarias para el ascenso, y en 1917 fué nombrado médico general, habiendo conquistado todos los grados en las campañas coloniales de China, Tokio, Madagascar, el Senegal y Marruecos. Perteneció como miembro a la Academia de Medicina, a la Sociedad Antropológica y a la Quirúrgica de París. Sus trabajos se extienden a todas las ramas de la Medicina general y de la Patología exótica. Además de los estudios que llevó a cabo como profesor de Fisiología y de Clínica quirúrgica, merecen especial mención los realizados por él

quias del que fué médico inspector general del servicio de la Sanidad marítima y miembro corresponsal de la Academia de Medicina de aquella capital, Dr. D. Enrique C. Girard.

Almorranas internas, externas
y afecciones del recto. Medicación hemorroidal completa Dr. Ribalta. Prospectos gratis.
Rambla Cataluña, 44, Barcelona

sobre la higiene a bordo de los navios de guerra, sobre el agua potable a bordo,

la policía sanitaria y marítima, la profilaxia sanitaria y moral en la marina, la aviación, etc., etc., en los que manifestó una particular y abnegada preocupación por establecer con la mayor claridad y sencillez todo lo que guarda relación con la higiene marítima.

Son también dignos de especial mención los estudios que ejecutó este valeroso compañero sobre la Climatología y la Epidemiología de Tokio y Madagascar y sobre la antropología de los indígenas de Ubangui, el Senegal y Tokio, señalando comparativamente los índices antropométricos observados entre los negros y los amarillos.

La obra del profesor Girard es de lo



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol . . 23 centigr.

Codaina . . 1 centigr.

Arrhenal . . 2 centigr.

recio al público:

4,40 pts.

más compleja e interesante de cuantas merecen ser ejemplo vivo entre compañeros; pero en el empeño decidido con que se señaló por establecer además el porvenir colonial, dejó sentado el laudable principio de que los médicos serán siempre los mejores peones en la expansión civilizadora, gracias a su incomparable abnegación hacia las poblaciones indígenas. — M. P.

—UNA LIMOSNA por Dios, caballero... Estoy tres días sin comer...

—¡Usted gasta bromas con el estómago!

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

EL CELEBRE novelista Alejandro Dumas (padre) visitó cierto día al famoso doctor Gistal, el cual solicitó del escritor unos versos inéditos para su álbum. Dumas accedió a la petición del galeno, y requiriendo la pluma escribió una ingeniosa quintilla, a la que dió lectura en voz alta:

«Desde que el señor Gistal,
un doctor de los más serios,
asiste a tanto mortal,
han cerrado el hospital...

— ¡Adulador! — interrumpió en este punto el médico, que no podía disimular su satisfacción. Pero Alejandro Dumas, sin inmutarse, leyó el último verso, que decía así:

... y abierto los cementerios».

UN GUARDA rural da un parte contra un cazador furtivo y escribe la filiación del contraventor en estos términos:

«Ojos negros, pelo castaño y cara oval. — Señas particulares: Se parece mucho a su padre».

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

EL HONOR no se hereda.

J. MOLINA.

en poder de cuál de ellos han de quedar los hijos comunes menores de edad. Este acuerdo necesitará la aprobación del Juez.

Art. 17. A falta de acuerdo, quedarán los hijos en poder del cónyuge inocente. Si ambos fueren culpables o no lo fuese ninguno, la sentencia, teniendo en cuenta la naturaleza de las causas del divorcio y la conveniencia de los hijos, decidirá en poder de cuál de ellos han de quedar, o los mandará proveer de tutor, conforme a las disposiciones del Código civil.

Si la sentencia no hubiere dispuesto otra cosa, la madre tendrá a su cuidado, en todo caso, los hijos menores de cinco años.

Art. 18. El régimen establecido conforme a los dos artículos anteriores, podrá ser modificado, en virtud de causas graves y en interés de la salud, de la educación o de la buena administración de los bienes de los hijos.

Art. 19. El cónyuge que hubiere sido privado de los derechos inherentes a la patria potestad, los recobrará a la muerte del otro cónyuge, excepto si hubiera sido declarado culpable del divorcio, fundado en las causas tercera o cuarta, o en el atentado contra la vida de los hijos del matrimonio.

En estos casos podrá recobrarla mediante declaración judicial.

Art. 20. Aquel de los padres en cuyo poder queden los

hijos menores tendrá sobre ellos la patria potestad y, por consiguiente, su representación y el usufructo y administración de sus bienes.

El que no los tenga en su poder conserva el derecho de comunicar con ellos y vigilar su educación en la forma que determine el Juez, quien adoptará las medidas necesarias para asegurar el ejercicio de estos derechos.

Art. 21. El hecho de contraer segundas o ulteriores nupcias el cónyuge divorciado, en cuya guarda hubieren quedado las personas y los bienes de los hijos por él habidos en anterior matrimonio disuelto, no será por sí solo causa para modificar la situación establecida al respecto de dicha prole. Esto no obstante, el Juez podrá determinar lo contrario, a virtud de instancia de parte y cuando, a consecuencia del nuevo matrimonio celebrado por el cónyuge binubo, sobrevengan motivos que racionalmente justifiquen esta resolución. En todo caso en que el segundo o ulterior matrimonio fuere contraído bajo cualquier género de comunidad de bienes, absoluta o relativa, el padre o madre binubos perderán la administración y el usufructo de los bienes de los hijos sometidos a su guarda.

En este supuesto se nombrará judicialmente un gestor del patrimonio de los hijos.

Art. 22. El plazo de trescientos días que establece el art. 108 del Código civil empezará a contarse desde la fecha de la diligencia judicial de separación de los cónyuges.

PREPARADO DE JUGO DE CARNE

de

VALENTINE'S

Establecido en 1871 por MANN S. VALENTINE.

Richmond (Virginia), E. U. A.

El mejor alimento para convalecientes el
JUGO VALENTINE'S



El mejor jugo de carne el
VALENTINE'S

Por la excelencia del método empleado en su elaboración por el cual este preparado se acerca más á la carne fresca que todos los demás extractos de carne; por estar siempre listo para su absorción inmediata y por la perfección con que conserva sus buenas cualidades en los climas más cálidos, es preferible siempre por las eminencias médicas de Europa y América.

Los señores médicos pueden pedir folletos conteniendo testimonios clínicos.

Agentes generales para España:

E. DURAN S. en C.—MADRID

Tetuan, 9 y 11.

TOXICOMANÍA

Tratamiento
racional
y
científico
de la
morfinomanía
con

ANTIMORPHICO

MINGO

Literatura e informes

LABORATORIO MINGO. - Infantas, 26. - Madrid.

TELEFONO 12.576



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

Fabricación de Mobiliario para CLINICAS, HOSPITALES Y SANATORIOS

Oferta especial para los señores médicos.

Vitrina hierro de 100 X 50 X 80 c/m con 3 entrepaños.	Ptas. 145,00
» » de 110 X 55 X 80 » con 3 »	» 165,00
» » de 120 X 60 X 83 » con 4 »	» 190,00
Mesa de reconocimiento con almohadones.....	» 100,00
» Eureka con almohadones.....	» 195,00
» con lunas.....	» 295,00
» auxiliar con dos entrepaños.....	» 81,00
» con porta-irrigador.....	» 73,00
Porta-irrigador de pie completo.....	» 55,00
» de pared.....	» 35,00
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

ALMORRANAS



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

D. Aurelio Romeo Lozano, vocal.
D. Rafael Duarte Salcedo, ídem.
D. José García del Diestro, ídem; y
D. Francisco Rodríguez Partearroyo, secretario.

Tribunal para las plazas de ayudantes fisiólogos.

D. Julio Blanco Sánchez, presidente.
D. Manuel Arredondo y Rodríguez, vocal.
D. Francisco Rodríguez Partearroyo, ídem.
D. Antonio Crespo Álvarez, ídem; y
D. Carlos Díaz Fernández, secretario. (*Gaceta* del 8 de Marzo.)

—El Ayuntamiento de Hinojosa de Duero (Salamanca), partido judicial de Vitigudino, ha acordado proveer por oposición, que será juzgada por Tribunal especial, la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de tercera categoría, vacante en el mismo por excedencia, con la dotación de 2 200 pesetas y 75 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 1.876 habitantes.

Hay otra titular.

Tribunal:

Presidente, D. Joaquín de Prada Fernández Mesones, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Lino Morales González y D. Adolfo Fernández Sasma, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Topas y Puerto de Béjar, respectivamente.

Secretario, D. Juan Casillas Repila, secretario del Ayuntamiento de Hinojosa de Duero. (*Gaceta* del 19 de Marzo.)

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.

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 pts. en toda España.

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA



CICA-SEPTICO LIRAS

(Gomo-resina kercitrinada con ceraína.)

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, Valladolid.

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra)

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES PROPIEDADES DIURÉTICAS

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

Pericolicitis, perigastroitis, perihepatitis, perimetritis, perioostitis, peritífitis.

Son procesos que acompañan siempre a otros (intestino grueso, estómago, etc.), y que si bien en algunos casos pueden tener verdadera importancia por sí mismos, tienen su lugar adecuado de estudio en la patología de cada uno de estos órganos.

Peritonitis.

Las peritonitis pueden ser agudas y crónicas, y tanto unas como otras circunscritas o generalizadas. Nosotros hemos de tratar principalmente de las peritonitis agudas, y luego de la peritonitis tuberculosa, que es una de las más importantes. La peritonitis aguda generalizada es siempre infecciosa. Algunas veces tiene el carácter de una enfermedad primitiva, pero lo corriente es que sea secundaria a un proceso inflamatorio de cualquiera de los órganos abdominales. Si se trata, por ejemplo, de una perforación intestinal o de una herida penetrante del abdomen, la peritonitis se puede desarrollar desde luego de una manera primitiva, pero en caso contrario, cuando la peritonitis parece primitiva es que se encuentra en el organismo algún foco desconocido de infección. La peritonitis neumocócica que pone muchas veces fin a las nefritis crónicas, se suele deber a un foco que muchas veces se encuentra en las amígdalas.

Cuando se trata de la infección de un órgano que se encuentra en contacto inmediato con el peritoneo, la propagación puede ser directa; pero cuando se trata de un órgano distante, la propagación de la infección se tiene que hacer por la vía sanguínea o por la linfática. Los microbios que se encuentran más a menudo como causantes de la peritonitis son el estreptococo, el estafilococo, el neumococo, el gonococo (sobre todo en las lesiones consecutivas a las enfermedades genitales femeninas), el colibacilo y los gérmenes de la putrefacción que muchas veces van asociados a los precedentes.

alberga ni es suficiente para provocar una distensión fuerte ni para causar la muerte por desangramiento.

Rara vez habrá ocasión de determinar los síntomas fisiológicos del derrame pericardíaco, porque la situación del enfermo es tan grave que solamente en casos especialmente afortunados se podrá hacer una intervención a tiempo para poderle salvar. En la mayoría de los casos, este homopericardias será un hallazgo de la autopsia.

Neumopericardias, hemo y pionemopericardias. — Pocas veces se trata de un acúmulo de aire puro en el pericardio, casi siempre es un homopericardias o un pioopericardias. El hemonemopericardias se encuentra, aproximadamente, en los mismos casos que el hemopericardias de que acabamos de tratar, en las heridas penetrantes del pericardio y en las fracturas de las costillas con desgarros de dicha serosa. El pionemopericardias resulta de la abertura en la serosa en cuestión de un absceso o de un proceso ulceroso localizado en un órgano inmediato que contenga aire, caso en el que se encuentra el pulmón, el esófago, el estómago, etc. Generalmente, lo primero que se produce en estos casos es un neumopericardias, pero la fistula sirve de vía de entrada a la infección e inmediatamente se desarrolla el pus. Algunas veces se desarrolla el neumopericardias de una manera intencionada y provocada para facilitar la exploración radiológica. Sin comunicación del pericardio con el exterior puede existir el neumopericardias en los casos en que se desarrolla un pioopericardias por microbios anaerobios de la putrefacción. Ahora bien, en la mayoría de los casos esto sucede porque se abre en el pericardio un foco de gangrena pulmonar o porque ocurre una infección del pericardio con microbios anaerobios por una herida penetrante del tórax. Pocas veces tiene este proceso un comienzo insidioso.

En la mayoría de los casos se trata de un comienzo brusco que se acusa por un dolor violentísimo en la región precordial, con taquicardia y taquiarritmia, disnea evidente, cianosis y tendencia a la lipotimia. La consecuencia puede ser la muerte súbita o rápida. La región precordial se encuentra abombada; unas veces no se percibe el choque de

la punta y otras veces es muy débil y se percibe solamente en la posición sentada. La percusión proporciona síntomas de gran importancia, que son: sonoridad en toda la extensión de la región precordial, coincidiendo a veces con un sonido mate en la parte inferior de esta región, cuando existe en la misma un derrame purulento. La auscultación ofrece todos cardacos con timbre metálico y hasta muchas veces un ruido que se llama de molino o turbina: se debe al batido constante del derrame líquido en presencia del aire o gas por las contracciones cardíacas. Este ruido se puede oír a distancia y a veces le percibe el mismo enfermo. El examen radioscópico demuestra que la sombra del corazón y del pericardio están rodeadas de una zona muy clara y ésta a su vez lo está por una sombra lineal constituida por el pericardio fibroso. Si hay un derrame líquido, se acumula en la parte más baja y forma una sombra bien limitada por una línea horizontal. A veces los síntomas clínicos son mucho menos marcados que los que hemos indicado, como se demuestra en los casos en que se provoca intencionalmente el neumopericardias. Los ruidos cardíacos pueden carecer, a pesar de él, del tono metálico, que se suele considerar como su carácter fundamental.

Algunas veces los síntomas clínicos son mucho más discretos, pero generalmente la inyección de aire en el pericardio hace desaparecer el tono metálico de los ruidos cardíacos. Además, algunas veces se puede demostrar la existencia de la succión hipocrática como en el caso del hidroneumotórax. Las dudas que dejan las investigaciones clínicas quedarán, generalmente, bien resueltas por la exploración radiológica. Desde el punto de vista del diagnóstico debe advertirse que en los traumatismos del tórax se produce, a veces, un ruido como el de molino, sin que exista verdaderamente el neumopericardias. Se trata de un acumulo de aire y de líquido, debidos al traumatismo en el tejido celular neumopericardio. El neumotórax y el pionemotórax parciales y yuxtacardiacos del lado izquierdo pueden simular asimismo el neumopericardias. Sin embargo, se puede evitar el error en estos casos por medio de una

exploración atenta, puesto que se notaría la matidez del corazón, desplazado a la derecha del esternón. El pronóstico y el tratamiento dependen por completo de la índole de la enfermedad fundamental que determine el proceso. Si el aire penetra accidentalmente en el corazón con motivo de una paracentesis, no hay que alarmarse por ello, puesto que con frecuencia se provoca intencionalmente esta penetración de aire.

La infección del pericardio, que pudiera parecer temible en tales casos, no lo es sin embargo; pocas veces tiene lugar. En cambio, en el pionemopericardias el pronóstico es siempre grave. Está indicada la pericardiotomía y, según los autores, unas veces se hace solamente el desague, y otras veces se implantan luego racados de diferentes clases, pero todos ellos suelen ser insuficientes para dominar el progreso de la enfermedad, y al cabo de poco tiempo muere el enfermo. Los casos que escapan a este final son excepciones. En el hemoneumopericardias traumático la gravedad del proceso es casi siempre mortal, incluso en los casos en que no existen heridas o desgarros del corazón. La pericardiotomía no es tampoco suficiente para detener la marcha de la enfermedad. Si, por excepción, escapa el enfermo a la muerte sincopal o a la de desangramiento, el derrame gaseoso se absorberá en pocos días. El tratamiento general será el de todos los heridos que han sufrido una gran pérdida de sangre. Además, habrá que hacer desde luego el tratamiento de las lesiones particulares que el enfermo en cuestión sufra. Habrá que calentar al enfermo, administrarle suero fisiológico en abundancia, aceite alcanforado, etc. Si la agitación y la angustia del enfermo son muy grandes se aplicará un centígramo de morfina, con el cual se tratará de evitar el factor de shock que, según dejamos apuntado, es muchas veces el causante de la muerte en un momento en que la cantidad de sangre perdida sería insuficiente para provocarla.

Correspondencia

administrativa : :

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

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

- D. Ramón López Ferradas.—Pagado fin Diciembre 1932.
D. Esteban Núñez de Lucas.—Id.
D. Miguel González Merino.—Id.
D. José Luis Saavedra.—Id.
D. Juan José Hernández Lozano.—Id fin Diciembre 1931.
D. Carlos Martínez.—Id. fin Junio 1932.
D. Antonio Ríaza Morales.—Id. fin Febrero 1933.
D. Eloy Enríquez Contra.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Angel Carmona Fernández.—Id.
D. Casimiro Agüera y Gascón.—Id. fin Noviembre 1932.
D. José Muñoz Silva.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Isaac Sastre.—Id.
D. Diocleciano Gutiérrez Martínez.—Id.
D. Elías Martín.—Id.
D. Ventura Revilla.—Id.
D. Florencio de Lara.—Id.
D. Manuel Gómez Fresno.—Id. fin Marzo 1932.
D. José Estefanía Valles.—Id. fin Junio 1932.
D. Seraffín Carbón.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Constanancio Arnillas.—Id.
D. José Martín y Serrano.—Id.
D. Gustavo Quarelli.—Id.
A. Asher C.—Id.
D. José María García de la Torre.—Id.
D. Apolinar Bugallo Bouza.—Id.
D. Angel Soria Carrasco.—Id. fin Marzo 1933.
D. Angel Lafont.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Antonio Delgado Martínez.—Id.
D. José Gallego Benito.—Id. fin Marzo 1933.
D. Marcelino Conesa.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Tomás R. del Campo.—Id.
D. José Rodríguez.—Id.
D. Ramón Iglesias Dorado.—Id.
D. César Tejada Salgado.—Id.
D. José Jordana.—Id.
D. José Soler.—Id.
D. José Soen López.—Id.
D. Francisco González Peresini.—Id.
D. Feliciano Hidalgo de Morillo.—Id. fin Junio 1933.
D. A. Chardi Bergna.—Id. fin Julio 1932.
D. Luis Moneo Matos.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Salvador Soler.—Id.
D. Francisco Martínez.—Id.
D. Julián Castañedo.—Id.
Sr. Director de las Minas de Riotinto.—Idem.
D. Francisco del Río.—Id.

Balneario de Carlos III

TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Eserótula. - Piel.

Oleosa 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.

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

- D. Emilio Salciada.—Id. fin Febrero 1933.
D. Manuel Gago.—Id.
D. Luciano Hernández.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Isabelino Rubio.—Id.
D. José Aparicio Grau.—Id. Mayo 1932.

- D. Fernando Rincón.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Angel Milla.—Id.
D. Luis Ebrero Ramiro.—Id. fin Marzo 1933.
D. Julián Martín Aldea.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Antonio Caro Torres.—Id.
D. José Cordero Soroa.—Id.
D. Bonifacio María Álvarez Fernández.—Idem.
D. Ricardo Asuncion.—Id. Marzo 1934.
D. Manuel Pardo.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Marcelino Rubio.—Id. fin Agosto 1932.
D. Manuel Algora y Nieto.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Ezequiel Ballester de los Reyes.—Id.
D. Angel M. Castiñeira.—Id.
D. Víctor Corral y Jorge.—Id.
D. Alfonso Labayen.—Id.
D. Mariano Escribano Álvarez.—Id.
D. Julián Herráiz del Amo.—Id.
D. José María Arribas Burgos.—Id.
D. Pedro Álvarez Sanz.—Id.
D. Joaquín Figanda.—Id.
D. Diego Cortés Gallardo.—Id.
D. A. Eladio Capilla.—Id.
D. Ramiro Gofí.—Id.
D. Miguel Iñiguez.—Id. fin Noviembre 1932.
D. Jesús Barriuso Pérez.—Id. fin Diciembre 1932.
D. Rafael Outanda.—Id.
D. Antonio Urquijo.—Id.
D. Marciano Conde Marfay.—Id.
D. Pedro Garrido.—Id.
D. Francisco Jofre de Villegas.—Id.
D. Gil Herrero y García.—Id.
D. Matías Blanco Palencia.—Id.

ANALISIS

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

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

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

(Continuará.)

Estimulación Fisiológica
de las Glandulas Digestivas
por medio del **Intestinal** Henning
PREPARADO DE PANCREAS, SECRETINA Y CARBON

Indicaciones:

Prof. R. Hirsch, «Nuevo preparado contra la dispepsia y el aumento de gases». (Munchner Medizinische Wochenschrift, Nº 30, 1926, 1236-37).
Cons. de San. Dr. Kittsteiner, «Nuevas observaciones con Intestinal» (Der praktische Arzt, H. 15, 1928).
Sección Médica del Hospital de los Hermanos de la Caridad de Viena (Direc. Prof. Dr. C. Steyskal) autor Dr. C. Nemetz, «Intestinal, nuevo preparado contra las dispepsias». (Fortschritte der Medizin, Nº 6, 1926).
Ambulatorio central de especialidades del ejército de Viena (Dr. Karl Müller), «Tratamiento de los trastornos digestivos con Intestinal». (Medizinische Klinik, Nº 11, 1928).
Dr. Kadletz, «Experiencias con el Intestinal en el tratamiento de dispepsias y trastornos digestivos». (Wiener kl. Wochenschrift, Nº 37, 1928).
Dr. Karl Giesemann, «Fermentoterapia en gastro y enteropatías». (Fortschritte der Therapie, H. 17, 1928).
Dr. Gerhard Böhn, «Autoobservación con Intestinal Henning». (Münchener Medizinische Wochenschrift, Nº 6, 1929).
Dr. Vermeheren, Bomst, «Contribución al tratamiento del catarro del intestino grueso consecutivo a disenteria». (Fortschritte der Medizin, Nº 25, 1929).
Dr. Hans Stein, Viena, «Observaciones acerca del problema de la gastritis y de la enteritis». (D. A. Z., Nº 220, 1930).

Catarro por fermentación

Debilidad de fermentos
(Insuficiencia pancreática)

Dispepsia

Meteorismo
y angina de pecho consecutiva

Meteorismo de los Operados

Meteorismo de las Púerperas

Flatulencia

Foetor ex ore
tras meteorismo

Muestras gratis a disposición de los señores Médicos que las soliciten.

Dr. GEORG HENNING / Berlín

Representante general en España:

WALTER ROSENSTEIN / Barcelona
Apartado 712

DULCIMIDA

Tabletas de 0,03 gramos del derivado sódico del sulfímido benzoico de la F. E.

En las prescripciones, cuando deba prescindir de hidratos de carbono, formule **DULCIMIDA**.

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

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

Sabor agradable, tolerada perfectamente, inocua por completo.

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

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

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

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

Ayuntamiento de Madrid

R.

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: Sigue la cuestión sexual, por R. Lobo Regidor.—Cronicón epistolar, por el Dottore Balardo.—Incompatibilidades, por Juan José Díaz.—Letras de polka, por El Licenciado T. B. O.—¡Sin remedio!..., por Santiago Fernández de Velasco.—Academias, Sociedades y Conferencias.—La revisión de nombramientos en Sanidad.—El muérdago, medicamento antiespasmódico.—Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.—Curso en español para médicos extranjeros en Hamburgo.—Congreso Internacional de la Litiasis Biliar.—Curso de ampliación de la Sociedad Odontológica Española.—«Ikono-graphia Dermatologica».—Jornadas Médicas Aragonesas.—Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.—Hospital Provincial de Valencia.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Correspondencia.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Una anécdota vieja. Pisto, potaje y gazpacho.

Muy viejo es lo que vamos a recordar; pero es el caso que lo creemos de aplicación tan exacta que, aun arrostrando censuras, hemos de hacer a ello referencia. Cuéntase que visitando la ciudad de Jerez el ingrato rey de funesta memoria que llevó el nombre de Fernando VII, paró una tarde en las bodegas de un cosechero apellidado Pedro Jiménez, que gozaba entonces y goza todavía de extraordinaria reputación como productor de los más selectos caldos que han colocado siempre a la industria vinícola jerezana a la cabeza de todas las del mundo conocido y creemos que por conocer. Probó el Rey varias muestras del aromoso néctar, y como ponderara en extremo aquella que bautizaba con su nombre el cosechero, dijo éste al monarca: «Pues, señor, le tengo todavía mejor que éste». El rey chispero, que si tenía mucho de pérfido nada tenía de tonto, dijo al cosechero: «¡Pues mira, guárdalo para mejor ocasión!»

No sabemos por qué recordamos la sabida y repetida anécdota, aunque sí creemos que no la encontrarán nuestros lectores desprovista de aplicación cuando sepan que acudía ella a nuestra memoria al acabar de oír el discurso que el ministro de Instrucción pública, Sr. D. Fernando de los Ríos, hombre de resonante y original popularidad pedagógica (o paidológica, como dicen ahora los paidantes o pedantes neogreco perturbistas); cómo el Sr. De los Ríos, al que no teníamos el gusto de conocer personalmente, aunque sí por referencias y aun coincidencias de origen con la que fué un tiempo nuestra amada *Institución Libre de Enseñanza*; cómo este señor, al encontrarse al frente de un nuevo régimen (más viejo que el andar a pie), y con las manos más libres y el pensamiento mejor intencionado que pueden darse, se descuelga con un presupuesto digno de un Gobierno de García Prieto o de cualquiera otro yerno que con él coincidiera en la bondad de la intención y en el encojimiento nepótico de las aplicaciones.

Pero en fin, no hablemos de esto; *dejemos para*

mejor ocasión la realización de las aspiraciones inéditas de D. Fernando y esperemos a que un *com-promiso* o acuerdo como el de Caspe o el de San Sebastián venga en el desarrollo secular de nuestra Historia a revelarnos cuáles sean las cosas nuevas que en esa fábrica de cosas, siempre ofrecidas y nunca realizadas, nos da a conocer el personal emanado de esa que fué gloriosa Institución en los tiempos inolvidables de los *Gineros*, los *Salmerones*, los *Calderones*, los *Linares*, los *Simarros*, los *Azcárate*, y casi estábamos por decir que los *Cortezos*, y que por la marcha prosaica de los tiempos han venido a dar lugar a que sea denominada humorísticamente «ESCUELA SUPERIOR DEL ENCHUFISMO», EN LA PERSONALIZACIÓN DE OTROS SUJETOS QUE NO QUEREMOS MENCIONAR POR NO PERDER EL TIEMPO, ya que suponemos que no habrá quien de enseñanza se ocupe que no pueda aportar nombres de personalidades, familias y aun tribus que han figurado sin solución de continuidad en los presupuestos de todos los regímenes y que nos tiene sin cuidado que continúen figurando, pues representan ellos una forma del *sopismo* literario docente que en España ha constituido una verdadera enfermedad endémica, pandémica y epidémica nacional.

Basta de bromas. En la enseñanza primaria, por lo que hemos leído, propone el ministro, como extraordinaria novedad, un procedimiento de cultura selecta y trashumante que nos da mucho miedo por suponerla de origen enchufista y estimarla de resultado estéril. No es el caso para tratarlo de pasada; pero esas cuatrocientas mil pesetas, paseadas por España para llevar la cultura primaria y la educación juvenil (que son cosas tan básicas y permanentes) a una teatralidad que *deviendrá* (recordemos a nuestro amigo Hegel) en negocio industrial, para provecho de haraganes y petulantes, está tan en contraposición con lo que nosotros estimamos como deseable, que no tememos incurrir en el posible desacato de la ley de Defensa de la República si decimos que nos parece un disparate. La radio y el cine atravesando el Sahara tranquilo de nuestra cultura elemental; nadie, ni el mejor propósito del hombre más culto, y tal podemos creer que es el Sr. De los

Ríos, no podrán evitar que caiga en un negocio industrial una diversión estólida y un aprovechamiento enchufista que no habrá estado jamás en el ánimo del Sr. De los Ríos; pero seguramente que ha nacido en el pensamiento de esos improvisadores de novedades que realizan la especialidad del *aperitivo* mejor y con más delicioso culto que la de la higiene de la alimentación por los procedimientos de la vulgar costumbre.

**

El discurso que, según vemos en la prensa política, ha pronunciado nuestro amigo D. Alejandro Lerroux, sol de supuesto calor futuro, que atrae a los heliófilos de todos los tiempos, nos ha complacido en gran modo, siquiera no nos hayan nutrido los alimentos ni estimulado los condimentos que en honor del viejo republicano se sirvieron en el banquete de *consolación* que ciertas personalidades médicas y farmacéuticas le han ofrendado.

Muy bien nos parece todo cuanto el reposado republicano habló y sostuvo con inesperada energía en el brindis medicofarmacéutico; pero decimos con esto, recordando al retrato de Dulcinea: «¿No podría el Sr. Lerroux haber dicho algo acerca de aquello de la reforma de Sanidad del Ministerio del mismo ramo y no mantenernos siempre en ese *alhigui*, porque nunca hemos visto mejor aplicado el refrán «Con la mano no, con la boca sí»? Porque ya veremos lo que creado el Ministerio de Sanidad, satisfecho el personaje favorecido y contentas las personalidades, familias y tribus, que vienen desde hace tiempo usufructuando la *teoría de la SANIDAD*, ya veremos, decimos, lo que proponen y realizan los que por entonces cobren los respectivos sueldos.

No es esto, Sr. Lerroux, no esto; así no se hace ni República, ni Monarquía, ni Patria, que es lo que más importa; así lo que se hace es lo que decía aquel loro al César de la decadencia: «*Amissi tempora et poena*».

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

SIGUE LA CUESTIÓN SEXUAL

Nuestro genial FRANCISCO DE VILLALOBOS añade en el capítulo V de la obra citada en la IMPRESIÓN última, escribiendo: «Cosa muy notoria es que ninguno ama a su amiga sino por el deleite que espera haber con ella; de manera que lo que aquí principalmente se ama es el deleite.»

Y aquí está la clave de la *educación sexual*, que de ser algo positivo, ha de consistir en la subordinación del instinto genésico a la jefatura espiritual del amor. En otro caso el hombre lascivo estará en las mismas condiciones que el borracho o el glotón, y no tratará de satisfacer sus necesi-

dades, sino de encenagarse en el pantano de la concupiscencia.

Cuanto más estimulemos en el niño la estimación de sí propio, tanto más le apartaremos del vicio, y, en general, de toda acción incorrecta, de toda ruindad, de toda bajeza, y manumitido de esta atmósfera de egoísmo, en la que toda acción mezquina y desdichada tiene su natural asiento, por lógico contraste, por inevitable reacción, por automático impulso, se elevará a las alturas del altruismo, suma y compendio de todas las virtudes.

De modo y manera, que piensen y digan lo que les plazca los nuevos cruzados, no hay cuestión sexual como fundamento y motivo de una educación especialísima; el problema puede y debe resolverse con la educación integral bien y debidamente orientada; otra conducta puede ser peligrosa.

No propugnamos que deba continuar la rutina como árbitro de esto que se llama actualmente educación, pero mucho nos preocupa la posibilidad de un criterio erróneo en la búsqueda del remedio deseado.

Por el momento, dejemos sentada la igualdad entre ambos sexos, caminando de la mano de nuestro DR. VILLALOBOS, que en el capítulo X y último de la *ob. cit.*, dice a la letra:

«Habemos vituperado el amor vicioso del hombre a la mujer; lo mismo amonestamos a ellas que se guarden dellos, que mayor daño les viene, porque son más delicadas y concurren en ellas más circunstancias de perdición; mas de amor honesto y virtuoso, ellas son dignas y merecedoras de ser amadas, por muchas prerrogativas y gracias de que fueron dotadas...; otrosí por la gran hermosura que les fué dada, que debajo del cielo no hay cosa tan deleitable para la vista de los ojos...»

Sigue la firma.

R. LOBO REGIDOR

CRONICÓN EPISTOLAR

A D. Ramón Lobo Regidor, por correo interior de "El Siglo Médico".

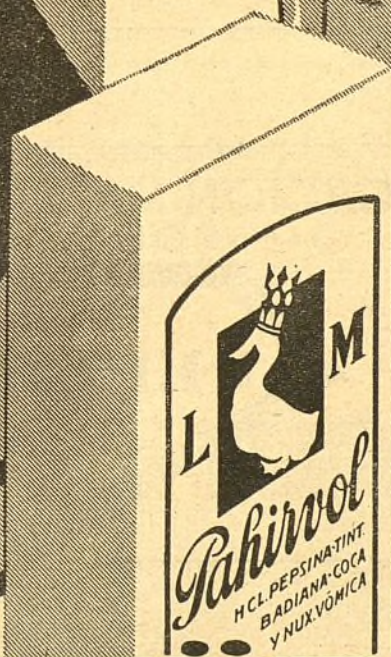
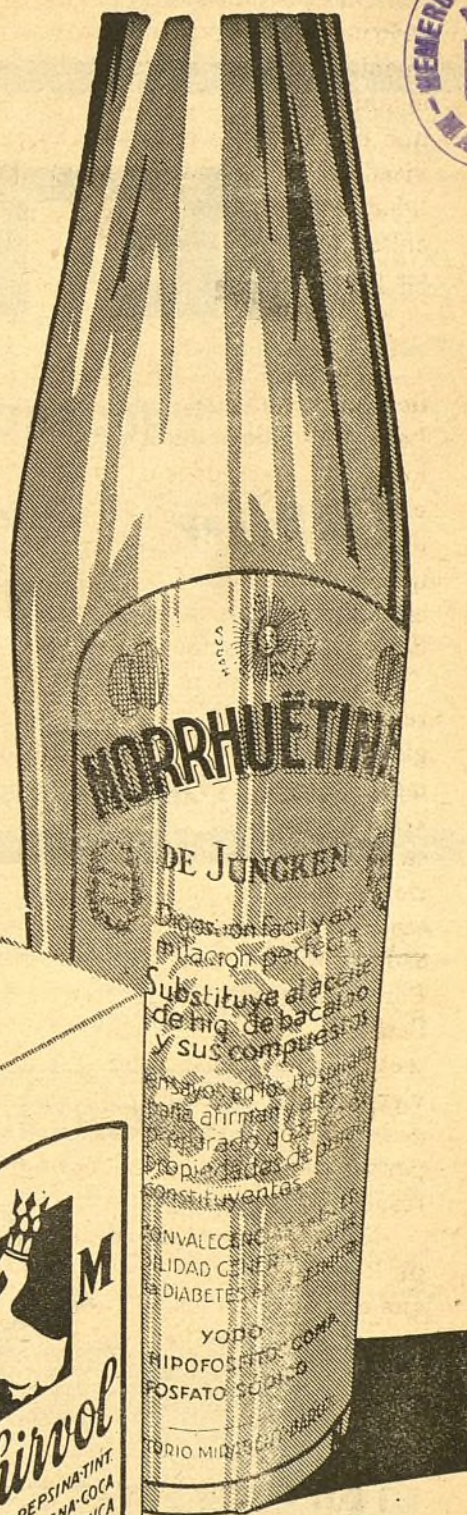
Amigo mío: un poco me sorprenden, un tanto me alarman y bastante me desconciertan vuestras bien expresadas IMPRESIONES, a buen seguro con ocasión de una mía sobre el proyecto de la *reforma sexual*.

Yo bien noto, como decía el autor de «Pepita Jiménez», que en nuestros días se escribe demasiado y los papeles y los libros nos ahogarán, sin duda, de no acudir un Omar novísimo que les pegue fuego, la cual esperanza no es deseperada recordando la quema de la librería de Areneros della aún no hace un año. Puesto, pues, que a Valera esta consideración le movía de amor por lo que el calificaba de menos malo, siendo tan magnífico, entre sus artículos, para intentar defenderlos, me haréis, mi buen D. Ramón, de perdonar antes que otra cosa, defendiendo yo mi miserable escrito al que se llegan las devoradoras llamas de vuestras encendidas razones.

Advertía yo, entre bromas y veras, la influencia de la normalidad sexual de los directivos más influyentes en esta campaña de reforma. ¡Y por Dios que no me llegaba más allá de esta advertencia! Advertencia era, de advertir, que no apercibimiento, de apercibir, y cosa es esta de la modalidad del juicio mío que no deberá pasarse a tamaño castellista como goja.



LABORATORIO
MIRABENT
BARCELONA



MORRHUËTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO = SABOR GRATÍSIMO = TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

Ayuntamiento de Madrid

AETHONE

PODEROSO SEDATIVO, no TÓXICO

Tos *esp* *dica*

Tos Ferina

Tos de los Tuberculosos

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

MEDICACIÓN ANTIANAFILACTICA POLIVALENTE

GRAGEAS
Inalterables sin olór



GRANULADOS

PEPTONAS
de
CARNE y de PESCADO

EXTRACTOS
de
HUEVO y de LECHE

GRAGEAS

GRANULADOS



GRAGEAS

GRANULADOS

COLAGOGO

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

Puesto, pues, *notaba* y no me *aprobaba*, ello canta la consecuencia del tiro de mis intenciones.

Tenísimos por equivocado, y ello no es justo, y tampoco fuéralo yo si en vuestra equivocación os deja a. Podéis poner, mi buen D. Ramón, toda vuestra excelente *buena fe* en un empeño y dáseos en pago una tremenda equivocación por falta de reparos a tiempo.

La reforma sexual que apadrina vuestra clarísima inteligencia paréceme algo así como el propósito de una liga para puntualizar que el agua es un líquido elemento cuando todos sabemos que ni es líquido ni es elemento sino en precisas condiciones. La normalidad del agua líquida no es mayor ni menor que la del hielo u del vapor, puesto que a ella se obliga puntos de precisión para conservar o modificar su estado, y, no obstante, el agua para la inmensa mayoría de los humanos es un líquido elemento.

Vamos en busca de la educación sexual, decís vos, y yo digo, ¡vamos!; nunca le incomodó a mi espíritu aventurero la marcha a punto alguno, mas el ir a dos sitios diferentes a un tiempo mismo sólo nos ha de ocasionar titubeos.

Partamos, pues, y partamos también el propósito.

Vamos en busca de la educación; ¿no os parece mejor que en ella hiciéramos posada, y luego de una cena castellana y de dormir en bueno y limpio lecho, a la mañana siguiente se entraría el sol para hacernos cosquillas en los ojos, y levantados de un tranquilo dormir veríamos desde la ventana del hostal el plácido y gustoso jardín de la sexualidad florecido en azucenas y amapolas, regatado de linfas virgilianas, sacudido de céfiros blandos y musicado de tórtolas como los huertos de Capharnahum?

¿No os parece, por contra, mala, malísima aventura ésta de irse tras de la educación sexual sin más ni mangas, como si éste fuera el primer mandamiento de la ley de Dios, cuando es lo cierto que le pusieron cinco más delante?

Tenemos los hombres, desde que nos fué posible vivir en el mundo, tan desdichada idea de este problema, que ni me sorprende la continuidad de las equivocaciones ni doy un mijo por cuanto en lo porvenir se vean corregidas.

A fe que siempre le será más cómodo a quien padece de necesidades suponer a los otros necesitados y emprenderla a cintarazos con sus propios defectos, dándoselos en las posaderas ajenas para que no se lamenten las suyas propias, que irse a la penitencia del desierto a meditar sobre sus culpas inundando su espíritu de atriciones y estremeciendo su cuerpo de contriciones que de fijo llenarían sobradamente el tiempo y el espacio de sus soledades si no le regalaban otros gustos, ya que los goces del arrepentimiento suelen caer pesados en el estómago de los hiperclohidricos por fracaso.

¿De dónde venís vos, mi pífimo D. Ramón, y quién os armó esa lanza bordona con aquello de que se abandona la educación de una parte del ser cuando las demás están educadas? ¿Y qué se anda en todo ello esa mojigatería sustanciada más de hipócrita que de virtuosa? ¿No es más cierto que no una parte, sino el todo, se duele de ausencia de educación que si estuviese en su punto o diera resultantes de parcialidad abandonada?

Mas decidme, ¡cultado de mí!, ¿qué va a llegarse de toda esta educación sexual sembrada a voleo en campos sin labor si no son las cosechas que ya tenemos bien apretaditas en los trojes sociales de la actualidad?

No se andará mucho el tiempo, de seguir tal las cosas, sin que las generaciones humanas ignoren de sí cuanto no sea la fantástica aventura de sus órganos del bajo vientre. Y os aseguro que comienza a darme desgana meditar sobre la superioridad de nuestra especie.

¿Cómo queréis que yo no advierta los peligros de eso que con gusto llamaría *nacionalismo biológico* de ciertos hombres de ciencia, cuando soy y fui siempre en biología un internacionalista convencido? Nos parece a cuantos como yo pensamos, que el resto de nuestra humanidad padece con ese imperio de unos órganos que así nos hacen de soberbios como a Scipión suponer que Roma era el universo mundo.

El bien educado no ha menester especializaciones educativas, y si dais diplomas de educación sexual vais a ver, como ya los vemos, gentes que acometen con su sola sabiduría contra las sombras de todas sus ignorancias.

¡Misterio inextricable, arcano recóndito, las más veces de inoportuna y peligrosa revelación! Así supone vuestra conciencia que es a las veces este problema de la sexualidad y tal es vuestro empeño que le concentráis en que pierda estas condicionalidades.

Por mi alma os juro que me dais una opinión tan noble como inocente y que me duele y pasma que me mostréis la cabeza vuestra con tantas canas donde ya no es calva y peinéis vuestro espíritu con blondísimos tirabuzones. ¿Sabéis lo que se dice de la estatua [de Jorge Washington]? Pues que bajará la mano cuando pase bajo ella un inocente. Si, como lo merecéis tanto, os dedican algún día un monumento yo propondré que os representen con las manos en los bolsillos del pantalón. Allá en la inmortalidad veremos de poneros de acuerdo con el gran caudillo de la independencia norteamericana.

Como ni soy osado, ni entrometido ni testarudo, reconozco que puedo equivocarme, prometo no entorpeceros y más prometo estar a vuestro lado si me llegara la luz del convencimiento. Más por ahora no puedo deciros sino es que padecéis de delirio persecutorio y de escaso conocimiento de la verdad en ese temor de oposiciones a vuestros propósitos, y que tal os retratáis de valerosos acometedores en la empresa, que os veo lanceando a los molinos manchegos.

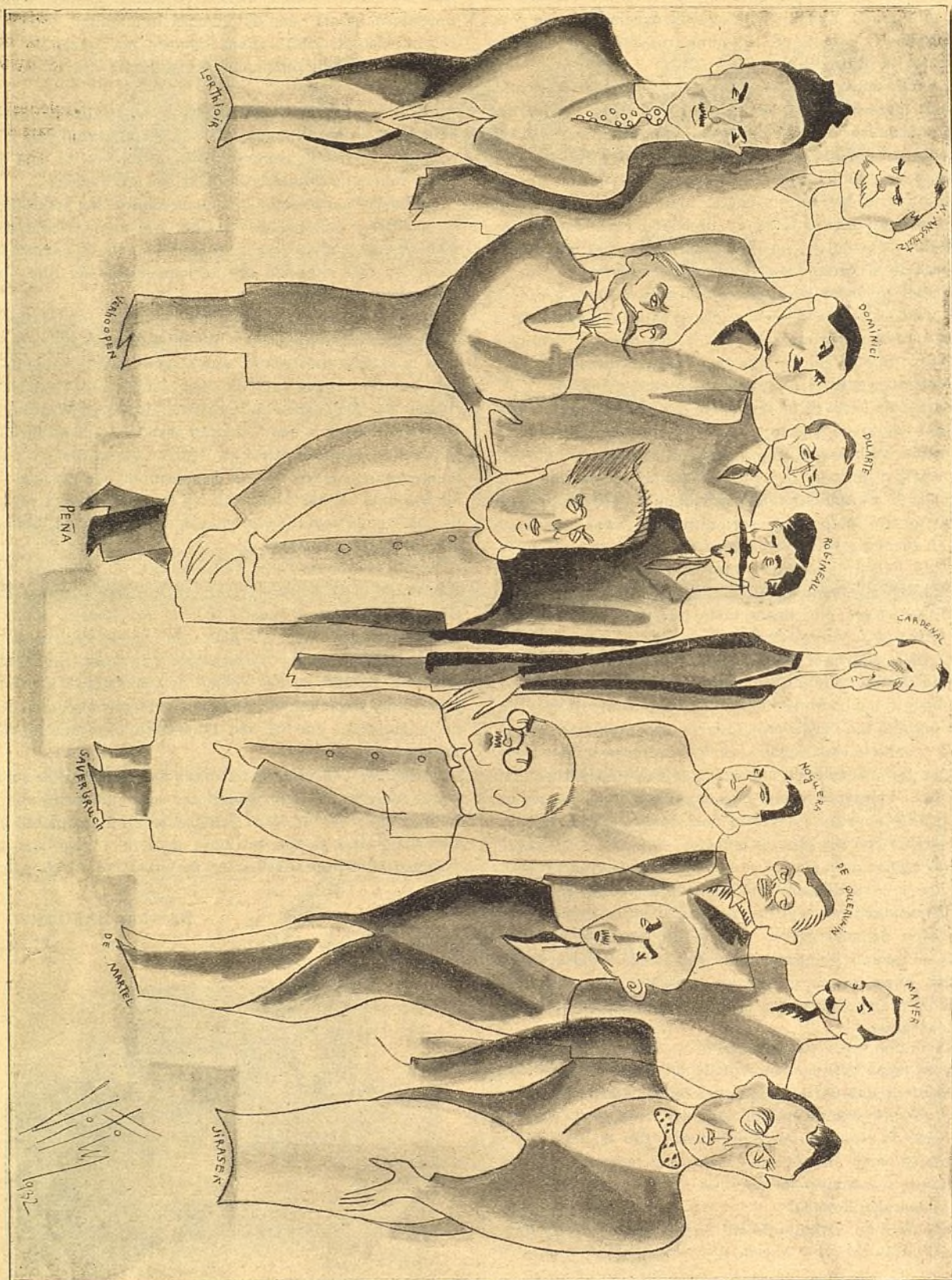
Otra cosa es que se os diga que en donde se juegan azares no están solos los sofadores, sino que se les ajuntan los fulleros y hay de éstos quienes llevan el naípe tan bien marcado y tiran de tan brillante manera el pego que muchas veces los honrados les son fiadores ante el señor corregidor.

DOTTOR BALOARDO



D. Nieto Alcalá-Zamora con los señores Azaña y Ríos Urruti y los profesores Quervain y Verhoogen en la inauguración del Congreso Internacional de Cirugía.

IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGIA



Figuras del Congreso, por VITIN.

INCOMPATIBILIDADES

Al escribir estos renglones se está discutiendo en el Parlamento el proyecto de ley sobre Incompatibilidades, por el cual se pretende segar esa hierba que frondosamente ha surgido en el nuevo régimen y que permite a ciertos señores disfrutar pingües beneficios a costa de varios cargos espléndidamente retribuidos. Aunque a mí siempre me ha parecido absurdo el enchufismo en los cargos, y siempre lo he reputado inmoral, para que en esta sección nuestra—siguiendo nuestra tesis de dar a cada lugar su cometido—no se interprete, queriendo deducir de sus párrafos una intención claramente política, de aplauso para unos y de censura para otros, y dejando para otros diarios el encargo de desmenuzar esta cuestión desde la acera política correspondiente, quiero ceñirme y de hecho voy a hacerlo al aspecto del enchufismo en el terreno médico.

No hace muchos días aseguraba yo ver en la carestía de puestos, en el exceso de profesionales médicos, la razón fundada para explicar ciertas immoralidades que, como la del esquiroalismo y las intromisiones en el campo del compañero, se cometen en la actualidad con excesiva redundancia.

Y esta carestía de cargos, parangonada con la plétora profesional, tiene también un sólido puntal en la frecuencia también notoria con que muchos médicos se aprovechan de las oscilaciones en la brújula política para hacer su acopio, su agosto a la sombra de un nuevo estado de cosas. En nuestra carrera no es raro, porque es típico, el caso del enchufado que disfruta varios puestos, acumulando sus sueldos a sabiendas de que alguno de ellos resulta precariamente desempeñado por la imposibilidad de la obediencia en las personas.

Y no es que yo considere esto patrimonio exclusivo del régimen que nos gobierna, ya que no era raro tampoco encontrar este insecto en los tiempos de la monarquía, pero sí es cierto que la democracia al triunfar no escardó esta planta lujuriosamente productiva, sino que la cuidó y mimó multiplicando su crecimiento y su desarrollo.

Porque la acumulación de cargos, que es beneficiosa para el que se embolsa las pingües ganancias, es peligrosa para un tercero, que en este caso es el público y el compañero médico. En efecto; el galeno que, para atender a sus múltiples puestos, hace su visita de prisa y corriendo, confía su visita hospitalaria al buen juicio del interno de la sala, o del ayudante médico, que opera en serie sin la necesaria serenidad reflejada en el margen de tiempo sobrado para dedicarlo, cuerda y tranquilamente, a sus ocupaciones, causa grandes daños al cliente que, al confiarse al médico en la consulta hospitalaria o en la privada, quiere que a su persona, a su caso, se le preste el minucioso examen que requiere, siendo un verdadero enemigo el pequeño espacio de tiempo de que dispone el magnate facultativo que, al desdoblarse varias veces, apenas tiene horas en el día para atender a sus ocupaciones. Y no decimos nada de la inmovilidad de la cátedra tomada como escalón para medrar, a la que muchos señores dejan en manos de auxiliares y ayudantes sin cumplir con su deber como es debido.

Nosotros hemos visto en los hospitales donde nuestra profesión nos ha llevado, pasar visita a toda velocidad, sin apenas hacer otra cosa que levantar el embozo de la cama para observar vertiginosamente la facies del doliente enfermo.

Hemos observado cómo distraídamente el profesor uni-

versitario, sin apenas atender a las observaciones, preguntas o consultas que los alumnos—usando de un derecho—le hacían, caminaba de sala en sala, del laboratorio a la clínica, y de ésta al aula, con el cerebro inhibido de la labor que estaba desempeñando y con el pensamiento puesto en el coche que, a la salida de la mal hilvanada lección, había de llevarle a la consulta privada, a la Academia, etc. Consecuencia de todo ello: perjuicio para el enfermo moral y económico y ningún beneficio para la inteligencia del alumno que, confiadamente, quiere obtener una detallada instrucción de aquel señor tan atareado en su omnipotencia.

Perjuicio también para el profesional ya hecho, estudioso y trabajador, que ve cerradas las puertas, gracias al don de multiplicidad del digno y sabio colega que se le anticipó, llegando a ocupar hasta los más escondidos rincones de las prebendas.

Y porque honramos al mérito, al estudio, a la inteligencia, y no somos socialistas de la Medicina, no creemos que todos los médicos hemos de ser iguales, y nos inclinamos ante la casta superior del más inteligente, del más culto, pero miramos con desdén al que debe su mérito a un destacado nacimiento, si no a un fructífero matrimonio.

Pensando así no es extraño que pidamos una moderada distribución de los puestos oficiales junto con la debida ponderación en la visita privada: que la sala de consulta debe ser estudio en que, pacientemente, el artífice de la Medicina elabore la curación o el alivio del enfermo a él confiado, no una máquina de esas en que, dando una vuelta a un manubrio, arroja por una parte unos cuantos duros y por la otra un desdichado deficientemente visto y explotado.

Y obrando así muchos dignos colegas ganarán en tranquilidad de conciencia, ya que no en rendimientos pecuniarios, y otros muchos médicos aptos y sensatos tendrán abierta puerta para lanzarse hacia la conquista, si no de la gloria, al menos de una medianía independiente y decorosa a que tienen derecho por su carrera, por su constancia y por su inteligencia.

JUAN JOSÉ DIAZ

LETRAS DE POLKA

Según nos cuentan, Marañón
está bastante mosca,
y con motivo de cierta alusión
se ha pasado de rosca.
El sábado a la Nacional
hizo una nueva comunicación,
y como es hombre *tan original*
dio el mitin sin entrar en el salón.
Mas se ha sabido desde Loja a Lezo
con completa certeza
que habló de los hormones de Cortezo
en lugar del hormón de la corteza.
¡Ese es un buen sistema:
de vez en cuando variar el tema!

EL LICENCIADO T. B. O.

¡SIN REMEDIO!...

Para el Sr. Director general de Sanidad, con todo respeto.

Una de las cosas que más irritación produce, o debe producir, en toda persona constituida en autoridad, es el que no se cumplan sus órdenes o, lo que es peor, que se burlen sus mandatos, llevando consigo, no sólo su incumplimiento, sino el desprestigio del principio de autoridad, a la vez que el desconcierto a las personas o entidades a quienes afecta el incumplimiento de los mismos.

No sé si el Excmo. Sr. Director general de Sanidad habrá tenido la desgracia de haber sido médico titular de un pueblo, por cuanto si no ha pasado por esas horcas caudinas, es natural que no pueda apreciar las esperanzas que en el corazón de la inmensa mayoría de los médicos rurales produjo ver en la *Gaceta* las normas de provisión de vacantes y la publicación del escalafón ante la creencia de que ambas disposiciones fueran la redención de los titulares, y que al ver que nadie ni antes ni ahora las cumplen, ha entrado en ellos el desaliento más completo.

Un bisemanario médico castellano publica el siguiente anuncio, emanado de un Ayuntamiento también castellano: «Por dimisión del que la desempeñaba se halla vacante la plaza de médico de las familias acomodadas de este pueblo y de N., con el haber anual de 5.000 pesetas, satisfechas en la forma que se determine al otorgar el oportuno contrato de servicios. Los aspirantes habrán de pertenecer al Cuerpo de Inspectores municipales, y las instancias, expresando méritos y servicios, se dirigirán al que suscribe en el plazo de veinte días, advirtiendo que la provisión se llevará al mismo tiempo que la plaza de médico titular del partido, cuyo anuncio se inserta en la *Gaceta de Madrid* A 6 de Marzo de 1932.—El alcalde, N. N.»

Como se ve, la plaza se adjudicará al que ellos quieran, al mismo tiempo que la de la titular anunciada en la *Gaceta*, por turno de antigüedad publicado con un mes y con fecha 4 de los corrientes, y haciendo caso omiso de este requisito—antigüedad—, se la darán al nombrado por el pueblo.

Por lo que digo yo, y conmigo creo que todos los médicos: ¿De qué nos sirve el Cuerpo de Médicos titulares e Inspectores municipales de Sanidad? ¿Para qué se nos exige hacer las oposiciones para su ingreso? ¿Para qué el escalafón? ¿Para qué el Reglamento de Sanidad municipal? Y, por último, ¿lo legislado en Sanidad, está vigente o derogado? Porque si lo primero, se debe cumplir, y si lo segundo, se debe suprimir.

¡Todo menos consentir que se escarnen disposiciones emanadas del Poder público!...

Como se ve, vamos progresando, puesto que si bien en el fondo venía ocurriendo ya, no en la forma como ahora; por lo que forzosamente tenemos que sacar la consecuencia que, mientras en el nombramiento de sus médicos los pueblos sigan el actual procedimiento de elección y remuneración, estos funcionarios, llámense oficiales sanitarios, ingresen por oposición, o por el medio que sea, siempre estarán sometidos al que paga, que son los pueblos, y nunca podrán hacer sanidad; por lo que en España, por voluntad de muchos de sus hijos, seguirán muriéndose anualmente 2.200 individuos—números redondos—, que por ser enfermedades evitables no deben morir; llevando consigo, no sólo la pérdida de la familia, sino también la pérdida para la socie-

dad de la producción de esos brazos o actividades intelectuales, imposibles de calcular.

SANTIAGO FERNÁNDEZ DE VELASCO



Los cirujanos japoneses que con el profesor Noboru Ishikawa, de la clínica universitaria de Kanazawa, han asistido al Congreso de Madrid.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 19 de Marzo de 1932.

FECONDACIÓN ARTIFICIAL

Dr. Vital Aza Díaz: La índole del tema y las realidades con que en ocasiones se nos presenta la clínica nos lleva a tratarle.

En la escasa bibliografía sobre fecundación artificial merece especial mención el trabajo de Schorowa aparecido en 1927; los restantes todos ellos glosan los puntos expuestos por Schorowa.

Ante el caso clínico presentado recientemente, con la necesidad de la fecundación artificial, sin desarrollar el problema clínico, que no existe, queremos hacerlo desde el punto de vista deontológico.

El problema de la fecundación artificial se nos presenta al ginecólogo con un perfil distinto a nuestra actuación. Se nos requiere, sobre todo, para actuar ante una mujer sana, robusta, fuerte, normal y, por consiguiente, sin ser objeto de la actuación de un médico. Además, para arreglar asuntos que parten de un hombre y, por tanto, que escapan a la actuación del ginecólogo. Es algo excepcional este aspecto con que el problema se nos ofrece. Es siempre depositar, mediante instrumentos y técnicas diversas, el esperma que ha de fertilizar en la mujer que va a ser fertilizada.

La fecundación artificial se presenta en clínica, bien por causas existentes en la mujer o bien por otras existentes en el hombre. Creemos que ninguna de las causas femeninas que podrían indicar la necesidad de la fecundación artificial y capaces de fijarse como de absoluta incapacidad de ser fertilizada, no existen nunca; especialmente porque todas ellas se pueden corregir por la actuación del ginecólogo. En cambio, la mayoría de los obstáculos que parten del hombre imponen la práctica de la fecundación artificial, mucho más que son difíciles de corregir directamente puestos ante la anomalía del varón. Esta modalidad etiológica de varón es la que motiva la fecundación artificial requerida en el caso clínico objeto de esta exposición.

Se refiere a una pareja; ella mujer sana y normal gine-

cológicamente; él también sano, pero con un hipospadias que le impide realizar el coito, si bien dentro de normalidad zoospermica. Llevan tres años de matrimonio sin sucesión. Conocedora esta pareja de los asuntos de fecundación artificial, así la requiere. Nosotros, por las condiciones que rodean el caso, creemos debe realizarse.

Finalmente nos inhibe el acto a intentar, el crear una vida en circunstancias de fecundación artificial, y como esta operación no hemos llegado a su realización, ello nos obliga a pedir la opinión y el apoyo de la Academia.

Dr. Nicasio Mariscal y García: Entre los primeros experimentos realizados sobre fecundación artificial merecen destacarse los realizados en España por el aragonés Arnaldo de Vilanova; merecen también recuerdo los realizados por el abate Spallanzani y los de John Hunter (1).

Dr. Francisco Haro García: El problema de la fecundación artificial se plantea hoy de cierta manera por cuestiones sociales, y no como cuestión general. Es preciso que en el sentir del médico se enfoque este problema con toda su crudeza; para ello precisa una educación médica frente a este gran problema social.

Ante la fecundación artificial, los éxitos que se vienen consiguiendo deben representar para el médico una actuación en nuevos casos, mucho más que no encontramos dificultades para intervenciones sobre trompas de más peligro para la mujer.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA MÉDICO QUIRURGICA ESPAÑOLA

Sesión del 21 de Marzo de 1932.

MICROVEJIGA CON REFLUJO VESICOURETERAL DOBLE

Dr. Enrique Pastor y Gómez: El caso clínico motivo de esta comunicación, sin ser extraordinario, presenta evolutivamente algunos hechos que hacen merecer atención.

Hombre de cuarenta y cuatro años de edad, sarampión en la infancia, blenorragia a los veinticuatro años durante cuatro meses y ausencia de molestias en años sucesivos. Estreñimiento desde muy joven. Desde hace cuatro años frecuencia en la micción, que de manera gradual ha llegado a realizarse cada diez o quince minutos, tanto de día como de noche, con ligero dolor terminal y orina turbia ligeramente hematurica. Nada anormal hallamos en la exploración urológica, a excepción de presencia de colibacilos, estafilococos y diplococos Gram positivos en sedimento urinario. No se hallaron bacilos de Koch. Dada la escasa capacidad vesical no realizamos cistoscopia.

Los diversos tratamientos empleados para mejorar la capacidad vesical todos fracasaron, a excepción de las instilaciones vesicales de aceite gomenolado al 20 por 100.

La cistografía, realizada con yodipina, comprobó la existencia de microvejiga y un reflujo vesicoureteral doble, a pesar de haber realizado la inyección del líquido de contraste con muy escasa presión.

SOBRE NEFROSIS LIPOIDEAS

Dr. Manuel Bermejillo Martínez: Al ocuparme de este tema pretendo demostrar una vez más que la nefrosis lipóidea es una enfermedad poco frecuente. En la bibliografía alemana se encuentran la mayoría de los trabajos de nefrosis lipóidea a partir del publicado por Müller en 1905. A éste siguen las publicaciones de Munck y las ya clásicas de Volhard y Fahr. Es enfermedad rara: en mi labor profesio-

nal sólo he tenido ocasión de estudiar dos casos clínicos. En España existen diversas publicaciones sobre nefrosis lipóidea, pero todas con escasa casuística.

La rareza de la enfermedad y la duda de su existencia, manifestada por algunos clínicos, merece ocuparse de la nefrosis lipóidea. La mayor parte de los procesos renales, con carácter nefrótico, caracterizados por no tener componente hipertónico o vascular, y si el componente edemático, se incluyen en las nefritis sin diferenciar bien las nefrosis, de donde en el tratamiento médico de los procesos renales no se cuida de aquilatar los casos. Además, llegando al diagnóstico cierto de nefrosis lipóidea, el pronóstico es catastrófico, pues si la enfermedad sufre oscilaciones evolutivas no cura a pesar de transcurrir meses o años.

La nefrosis lipóidea tiene como característica: ser enfermedad manifestamente degenerativa de los epitelios renales y de ciertas zonas del tubo renal. Se caracteriza por síntomas clínicos positivos y por carencia de otros que la separan de otros procesos renales. Como síntomas positivos: el edema generalizado y rebelde, principalmente de serosas; un síndrome urinario, caracterizado por oliguria, con hiperdensuria y lipoides birrefringentes en sedimento, característica de birrefringencia que precisa observar con el microscopio polarizador o previos métodos especiales de tinción. A estos síntomas añadamos albuminuria intensa que en algunos casos llega a 40, 50 y 60 gramos. Otra de sus características es el síndrome hematológico físicoquímico: disminución de las proteínas totales con inversión del coeficiente proteínico caracterizado por una disminución de la serina comparativamente a las globulinas que generalmente, estas últimas, están normales; aumento de los lípidos en sangre y en todo el organismo. Hay verdadera floración de los lípidos orgánicos.

Como síntomas negativos de la nefrosis lipóidea: carencia de síntomas de participación vascular, vasculares, sin fenómenos de eritrocituria.

El primero de nuestros dos casos de nefrosis lipóidea se refiere a una persona joven, como son siempre estos casos. Veinticinco años de edad y cuatro años y medio de evolución de proceso. Inicia la enfermedad con hinchazón de piernas y disnea de esfuerzo; oliguria. La albuminuria que aparece en este proceso no fué observada en nuestro enfermo a pesar de haber empleado diversas técnicas. El enfermo presenta mejorías y son marcadas las oscilaciones de los edemas. Se le han hecho todos los tratamientos y nos hemos convencido que la evolución no se modifica con ninguno de ellos.

Sin albuminuria tiene oliguria manifiesta, de 300 a 400 centímetros cúbicos en las veinticuatro horas, con hiperdensuria; sin eritrocituria ni hemoglobinuria. Su síndrome vascular puede condensarse en hipotensión asténica. El examen clínico de sangre dió: disminución acentuada del total proteico con disminución de la cantidad de serina y globulinas; no en favor de la serina, sino dentro de una relación normal de ambos elementos. Por tanto, sin inversión del coeficiente proteico.

En las observaciones realizadas sobre los lípidos del organismo nunca los encontramos aumentados, pero su característica urinaria era la presencia de lípidos en sedimento urinario unas veces libres, otras dentro de las células degeneradas o de cilindros granulados.

Las alteraciones proteicas en sangre, la presencia de lípidos en sedimento urinario, unido a las ideas fundamentales emitidas por la escuela alemana sobre las nefrosis lipóideas y los estudios experimentales sobre lípidos en orina, afirmando la necesidad de lesión renal para persistir con

(1) EL SIGLO MÉDICO publicará íntegra la notable comunicación del Dr. Mariscal en próximo número.—*L. R.*

tenacidad, nos llevó a admitir en este enfermo una nefrosis lipoidea atípica, por faltar albuminuria y la inversión del coeficiente proteico en sangre.

La nefrosis sin albuminuria son precisamente los casos conocidos en 1916 y en 1917 y denominados enfermedad de los edemas, edema de guerra o bien edema de hambre. Sabemos que durante este tiempo la alimentación en algunos países beligerantes fué a base de hidratos de carbono con abundancia de sales y limitación de proteicos. Ahora bien, los enfermos de edemas de hambre no presentan lípidos en sedimento urinario ni oliguria; por el contrario, van acompañados de poliuria; hay perturbación del recambio del agua.

En el tipo de los edemas sin albuminuria hay que considerar los enfermos con edemas de tipo nefrótico y perturbaciones digestivas. Son los trabajos publicados por Jansen. Este autor estudia las perturbaciones digestivas, principalmente por tránsitos rápidos intestinales coincidentes con edema; se puede decir que son edemas con hiponutrición endógena, a diferencia de los edemas de guerra o por hiponutrición exógena, por hambre. Parece ser también trastornos edematosos que aparecen en ciertos operados del cuadrante superior derecho, por insuficiencia en el aprovechamiento de las proteínas ingeridas y como resultado de trastornos hepáticos, pero son enfermos sin lípidos en sedimento urinario.

En el mecanismo genético de los edemas hemos de recordar las aportaciones fisiopatológicas de la escuela francesa; los estudios de Vidal sobre la retención del cloruro sódico. Posteriormente en la patogenia de los edemas se ha valorado y aceptado la perturbación del equilibrio plasmático de las proteínas. Son los estudios iniciados por Starling, continuados por Baylis demostrando que las inyecciones de suero corriente no sirven para elevar el tono vascular y recuperar el volumen sanguíneo, y en cambio son utilísimas las inyecciones de proteínas que no pasan a través de la pared vascular. Estudios que reviven con las aportaciones de Kraus sobre el poder oncótico o fijador de las proteínas, especialmente por las de Epstein acerca de la génesis de las nefrosis lipoideas. Son los trabajos que sirven de apoyo para la teoría actual genética de los edemas.

El segundo caso clínico es de nefrosis lipoidea típica con todas sus características sintomatológicas.

En el estudio del metabolismo proteico de estos enfermos hemos valorado el contenido proteico de los alimentos, el nitrógeno total urinario e igualmente el nitrógeno fecal. Hemos sacado la convicción que una cantidad de proteínas ingeridas no son metabolizadas: son eliminadas por heces.

Hechos que nos han permitido formar la hipótesis o posibilidad genética siguiente: Los enfermos tarados, sin duda por una constitución genotípica que predispone al trastorno, acaso con una constelación paratípica que colabora, tienen una capacidad abortiva intestinal insuficiente para metabolizar lo ingerido; por ello, pierden las heces por los nitrogenados no absorbidos; dificultad de absorción que produce un empobrecimiento de las proteínas en sangre y a su vez favorece acciones sobre la función tiroidea, dando así el componente de hipotiroidismo, fijado ya hace años por Eppinger, y acaso algunas otras perturbaciones viscerales como parecen demostrar trabajos experimentales; perturbaciones en función hepática colaboradoras con el factor tiroideo a la predisposición a nefrosis lipoidea. Resultado de ello es la producción de un algo que no conocemos sobre el epitelio renal y a su vez la instauración del componente renal del proceso nefrótico con sus degeneraciones típicas y la existencia de lípidos en el sedimento urinario, que-

dando de esta manera completo el caso de nefrosis lipoidea.

Dr. Manuel Izquierdo Hernández: Hace unos años, con ocasión de unos trabajos sobre metabolismo proteico, dos de nuestros enfermos fueron sometidos a régimen alimenticio pobre en proteínas, con menos de 0,47 gramos por kilo de peso. Estos dos enfermos, con metabolismo nitrogenado normal, a los dos meses del citado régimen alimenticio, uno de ellos presentó un complejo sintomático muy semejante al de nefrosis lipoidea. Enfermo que, vuelto a su régimen normal, desapareció el trastorno nefrótico para no volver.—*M. Aceña.*

La revisión de nombramientos en Sanidad.

DON JULIO HIDALGO LÓPEZ

Entró a formar parte del personal del Instituto Nacional de Higiene, a raíz de fundarse este Centro sanitario, para el que se había nombrado a D. Santiago R. y Cajal, como director, y a los Dres. Mendoza Murillo y Gómez Pamo, con



D. Julio Hidalgo López

el profesor veterinario Sr. García Izcarra para regir las distintas secciones.

Ha seguido, pues, toda la evolución del prestigioso Instituto, hasta verse confirmado, recientemente, en su cargo.

CARGOS DESEMPEÑADOS

Fué nombrado ayudante de Sección supernumerario del Instituto Nacional de Higiene, con fecha 22 de Octubre de 1902.

En 20 de Marzo de 1903 fué nombrado ayudante de Sección con la gratificación anual de 1.250 pesetas.

Por Real orden de 2 de Enero de 1911, fué confirmado en el cargo de ayudante de Sección, con la gratificación de 1.500 pesetas.

Por Real orden de 27 de Septiembre de 1919, y con antigüedad de 1.º de Agosto del mismo año, fué nombrado para el mismo cargo con 4.000 pesetas.

Fué confirmado en el cargo con 7.000 pesetas por Real orden de 8 de Julio de 1924, y con 8.000 pesetas por Real orden de 28 de Enero de 1931.

Ha sido nombrado para igual cargo, con carácter definitivo, en virtud de concurso aprobado por Orden del Ministerio de la Gobernación, fecha 27 de Enero de 1932.

El muérdago, medicamento antiespasmódico.

Cuando R. GAULTIER renovó el empleo terapéutico del muérdago, quiso atribuir sus propiedades antihemoptóicas, únicas que él había reconocido hasta entonces, a la acción hipotensiva que evidenció este autor.

CHEVALIER, FUBINI y ANTONINI y BUSQUET han puesto bien en claro, en un estudio farmacodinámico y muy bien hecho, el mecanismo de acción de esta droga y modificado su primera concepción. Así como en la arterioesclerosis la hipotensión no es más que un síntoma objetivo provocado por un mecanismo complejo resultante de trastornos del sistema nervioso del aparato cardiovascular y de la composición anormal de la sangre circulante, de la misma manera la hipotensión determinada por el muérdago no es sino la resultante de la acción de sus principios activos sobre el sistema nervioso central medular y sobre los músculos de fibras lisas, lo cual explica muy naturalmente la extensión del empleo terapéutico de este medicamento.

La hipotensión y la diuresis provocadas por el muérdago no son más que la consecuencia de su acción moderadora y reguladora sobre el sistema nervioso central y sobre el simpático. En su «Tratado de Fitoterapia», H. LECLERC coloca el muérdago entre los antiespasmódicos al lado de la valeriana, y tiene razón al hacerlo así; si consultamos los autores antiguos: COLBACH, CARTHEUSER, VAN SWIETEN, por no citar más que los principales, habremos de reconocer que esta planta era utilizada, sobre todo, contra las afecciones del sistema nervioso como sedante de la epilepsia, corea, convulsiones infantiles, histeria, coqueluche y otras afecciones espasmódicas debidas a la hiperexcitabilidad de los nervios que presiden las funciones de la vida vegetativa.

Los médicos ingleses BRADLEY, FRASER, LAUDER BRUNTON y R. L. PAYNE han seguido utilizándolo como antiespasmódico con gran éxito, y BLACK, de Edimburgo, ha publicado sobre su poder antiepiléptico una interesante monografía («Viscum Album», Londres, 1909), en la que no solamente cita casos de mejoría, sino de curación después de un largo tratamiento. E. LESIEUR, en su «Tesis de París», 1910, da cuenta de cierto número de observaciones hechas en el Asilo de Alienados de Clermont, en los que notó una disminución y un espaciamento de las crisis bajo la influencia de esta medicación. Con el muérdago no se observan fenómenos de obnubilación intelectual ni de torpeza física y moral, como con los bromuros hipnóticos de la serie barbitúrica; con esta medicación no se produce habituación ni fenómenos de acumulación, y menos aún accidentes tóxicos. Debería emplearse más aún, y así sucedería si no hubiera sido catalogado desde un principio como hipotensor y antihemorrágico.

DUMONT, de Gante, y DUBOIS, de Tournay, le recomiendan en el tratamiento de la coqueluche, porque disminuye rápidamente los ataques de tos en su intensidad, así como su frecuencia; en ciertos casos de tos rebelde ha dado excelentes resultados.

Sobre todo en los estados nerviosos mal definidos, en relación a veces con el estado del tubo digestivo en los niños y las mujeres, proporciona una verdadera sedación con restablecimiento del sueño. En los casos de perturbaciones determinadas por la pubertad o la menopausia, su acción es mucho más eficaz por causa de sus propiedades cardiovasculares y diuréticas.

La *Guipsine*, que reúne la totalidad de los principios activos del muérdago, es la preparación más activa y más cómoda: se receta en dosis de seis a ocho píldoras diarias

durante una quincena, y con ella no son de temer ni fenómenos de intolerancia, ni habituación, ni acumulación.

Asociación Nacional del Cuerpo de Médicos Titulares Inspectores Municipales de Sanidad.

COMITÉ EJECUTIVO

Este Comité, prosiguiendo las gestiones iniciadas cerca de los Poderes públicos para conseguir la aceptación de las aspiraciones mínimas aprobadas por las Asambleas de Enero, ha gestionado de un técnico de Hacienda informe sobre cada una de las fórmulas de pago por el Estado.

Las fórmulas sometidas a informe del aludido técnico fueron las cuatro siguientes:

1.^a Incautación por la Hacienda de las centésimas del importe total del presupuesto de los Ayuntamientos en la cuantía necesaria para el pago de las dotaciones. Fórmula integral en virtud de la cual las cantidades incantadas figurarían entre los ingresos del Estado y en el capítulo de gastos del presupuesto general del mismo figurarían las dotaciones de los médicos titulares.

2.^a Incautación por las Delegaciones de Hacienda de las actuales dotaciones de los médicos titulares y abono a éstos por las citadas Delegaciones.

Variante A. Descuento del importe de las dotaciones en las liquidaciones que de determinados recargos municipales se realizan entre las Delegaciones y los Ayuntamientos.

Variante B. Ingreso directo por los Ayuntamientos de las dotaciones en las Delegaciones de Hacienda, empleando el apremio en los casos de morosidad.

3.^a Ingreso, por parte de los Ayuntamientos, de las dotaciones en las Inspecciones provinciales de Sanidad, que se encargarían del pago de las mismas a los médicos titulares, facultando a las citadas Inspecciones para que en los casos de morosidad recabasen de las Delegaciones la retención o cobro por vía de apremio de las cantidades correspondientes.

Del informe se deduce lo siguiente:

Primera fórmula.—Es la fórmula integral del pago por el Estado, con la ventaja de su simplicidad y con el inconveniente de requerir una ley votada en Cortes, la dificultad por parte de Hacienda de resarcirse de lo abonado por dotaciones y el peligro de que, por aumento del número de plazas o de las dotaciones, represente un quebranto para el Tesoro.

Segunda y tercera fórmulas.—Sin resolver íntegramente el problema, representan una complicación burocrática para las Delegaciones de Hacienda, sobrecargadas ya con las funciones que les encomienda el Estatuto municipal. Asimismo requiere la aprobación de las Cortes y la tercera dejaría al descubierto al Tesoro público o a los titulares en el caso de morosidad en el ingreso.

Cuarta fórmula.—Los mismos defectos que la segunda y tercera, con la complicación consiguiente a la intervención de dos centros en cada provincia.

De las conversaciones y gestiones ha surgido una quinta fórmula, la siguiente:

Cuando los Ayuntamientos no abonen sus dotaciones a los médicos titulares y la morosidad en el pago sea reiterada, se procederá por las Delegaciones de Hacienda a la retención o apremio de las cantidades necesarias para el abono de las mismas a los titulares.

El Comité cree un deber declarar que la quinta fórmula,

que tiene la ventaja de poder ser implantada por decreto, no nos acerca al pago por el Estado, y sólo puede resolver el problema, hoy acuciante en algunas provincias, la seguridad en el percibo de los haberes.

Las cuatro fórmulas requieren la aprobación de las Cortes por decreto-ley o mediante la Ley orgánica de Sanidad.

La Ley orgánica de Sanidad se está confeccionando y el presidente de la Asociación, vocal del Consejo Nacional de Sanidad, es miembro de varias de las ponencias en que se ha repartido la confección, a las que se propone llevar íntegramente la aspiración de los médicos titulares.

En cuanto a la efectividad real de los Reglamentos de 2 de Agosto y 11 de Noviembre de 1930, que se aseguraría con la tramitación y resolución de cuanto se relaciona con las vacantes y su provisión por la Dirección general de Sanidad y organismos dependientes de la misma, el Comité tiene solicitado que se le permita emitir informe sobre las proyectadas modificaciones para defender cuanto represente dependencia de la Dirección, conservando las posiciones de reglamentación y automatismo consignadas en las normas de 11 de Noviembre.

Cumplidas las gestiones encomendadas cerca de los Poderes públicos con la presentación de las peticiones concretas y de las fórmulas más asequibles, y en espera de las resoluciones que, favorables o adversas, serán comunicadas a los médicos titulares, el Comité realiza los trabajos conducentes a desarrollar las conclusiones de las Asambleas, cuya realización depende exclusivamente de la Asociación, estableciendo las bases para la armónica actuación de los organismos provinciales y distritales en unos casos y las encuestas indispensables en otros.

Madrid, Marzo de 1932.

Cursos en español para médicos extranjeros en Hamburgo.

Como en el pasado año, la Universidad de Hamburgo organiza para los meses de Julio-Agosto del presente varios cursos especialmente dedicados a médicos españoles y explicados, desde luego, en este idioma. Estos cursos, que se darán en el Instituto de Enfermedades Tropicales, serán cuatro: I. Medicina tropical y Parasitología médica. II. Métodos de diagnóstico bacteriológico y serológico. III. Análisis químicoclínicos. IV. Prácticas de diagnóstico histopatológico.

Programas y detalles complementarios pídase al «Centro Germano Español, Zurbano, 32.

Congreso Internacional de la Litiasis Biliar.

Relación de los trabajos que se presentarán en las sesiones públicas de todas las secciones reunidas del Congreso Internacional de la Litiasis Biliar, que se celebrará en Vichy del 19 al 22 de Septiembre de 1932, bajo el alto patronato del señor ministro de la Salud pública y en el que estarán representados treinta y ocho países:

1.º Las consecuencias de la colecistectomía.

A. Estudio clínico y patológico de las consecuencias de la colecistectomía: Mr. Víctor Donnet, New York; profesor Mariano Castex, Buenos Aires.

B. Los fenómenos dolorosos consecutivos a la colecistectomía: profesor Castaigne, Clermont-Ferrand.

C. Indicaciones quirúrgicas: profesor Gosset y profesor Petit-Dutaillis, París.

D. Terapéutica médica e hidrología: profesor Giraud; Montpellier.

E. Diagnóstico radiológico: profesor H. Beclere, París.

2.º Tratamiento médico e hidromineral del colecisto en la litiasis biliar.

A. Las indicaciones principales del drenaje vesicular médico en la litiasis biliar: profesor auxiliar Chiray, París; Dr. Pavel, Bucarest.

B. Indicaciones y contraindicaciones de los coleréticos en la litiasis vesicular: profesor auxiliar Chabrol, París.

C. Las terapéuticas de las infecciones del colecisto: profesor auxiliar Abrami, París.

D. Los cuidados médicos antes y después de las operaciones en los casos de litiasis: profesor Ueber, Berlín.

E. Acción de las aguas minerales en el medio vesicular: profesor Piery, Lyon.

F. La fisioterapia sedante en las afecciones vesiculares, Dres. Delnert & Dausset, París.

3.º El hígado litiasico.

A. El papel del hígado en la patogenia de la litiasis biliar: profesor Noël Fiessinger, París.

B. La ictericia en la litiasis de la vía biliar principal: profesor auxiliar Brule, París.

C. Las lesiones del hígado en las ictericias litiasicas: profesor auxiliar Harvier, París.

D. Métodos de exploración del hígado en la ictericia litiasica:

a) Métodos químicos: Dr. Dieryck, Lovaina.

b) Métodos radiológicos: Dr. Gilbert, Génova.

E. Deducciones quirúrgicas en la ictericia litiasica: profesor auxiliar Catellier, París.

Presidencia del Consejo.—Profesor Paul Carnot, presidente; profesores Maurice Loeper, presidente de la Sección de Medicina; Pierre Duval, presidente de la Sección de Cirugía; Maurice Villaret, presidente de la Sección de Terapéutica e Hidrología; los doctores J. Belot, presidente de la Sección de Electro-Radiología y Fisioterapia; J. Aimard, secretario general, y R. Glenard, secretario adjunto.

Las adhesiones y las solicitudes de informes deben dirigirse al secretariado general del Congreso, 24, Boulevard des Capucines, París (9º).

Curso de ampliación de la Sociedad Odontológica Española.

La Sociedad Odontológica Española, desarrollando su programa prometido para el curso actual, ha organizado un curso de conferencias de ampliación de conocimientos médicos entre los odontólogos, para el que ha invitado a las figuras más prestigiosas de la Medicina madrileña.

Digno complemento de este curso será la edición de estas conferencias reunidas en un tomo que formará un libro de alto valor docente para la clase.

Los conferenciantes invitados y los temas acordados son los siguientes:

Dr. Sadí de Buen: Parasitología bucal. Los odontólogos en la Sanidad.

Dr. Gustavo Pittaluga: La boca en las hemopatías.

Dr. Hinojar Paus: Rinología y la boca.

Dr. Galo Leoz: Oftalmología y boca.

Dr. Blanco Soler: Endocrinología y boca.

Dr. Sanchís Banús: Alteraciones nerviosas de la boca y dientes.

— BARACHOL —

Antisármico ideal. Obra por absorción medicamentosa y evaporación de gases, curando la sarna sin baños, sin desinfección de ropas y aplicando la pomada únicamente en las manos.

LABORATORIOS HISPANIA.—VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMATICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

AMPOLLAS de 5 Cent. cubicos para
ADULTOS
AMPOLLAS de 2 Cent. cubicos 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)



Termoplasma

MARCA REGISTRADA

Gliceroplasma antiflogístico que genera calor

Muestras: LABORATORIOS DEL MEDITERRANEO, Apartado 26, CASTELLÓN

Bronquitis, Neumonías, Pleu-
resías, Congestión pulmonar,
Apendicitis, Cólicos hepáticos
y nefríticos, Adenitis.

**EN TODA INFLAMACION
Y CONTRA TODO DOLOR**

**METODO CITOFILÁCTICO
DEL PROFESOR P. DELBET**

COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA
del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930.

DELBIASE

Comprimidos de Sales halógenas de
MAGNESIO

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL
POR HYPERMINERALIZACIÓN
MAGNESIANA DEL ORGANISMO

ÚNICO PRODUCTO PREPARADO SEGUN LA FORMULA
Y DATOS DEL PROFESOR P. DELBET

PRINCIPALES INDICACIONES

TRASTORNOS DIGESTIVOS
INFECCIONES DE LAS VIAS BILIARIAS
PRURITOS Y DERMATOSIS
TRASTORNOS NEURO-MUSCULARES
ASTENIA NERVIOSA
TRASTORNOS CARDIACOS POR HYPERVAGOTONIA
DESORDENES URINARIOS DEBIDOS A LA HYPERTROFIA DE LA
PROSTATA
LESIONES DEL TIPO PRECANCEROSO
PROFILAXIA DEL CÁNCER

DOSIS. 2 a 4 comprimidos cada mañana en un medio vaso de agua

Laboratoire de Pharmacologie Générale, Dr Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra médica sobre pedido.

Muestra y Literatura: A. SERRA PAMIES S. A., Apartado 26, REUS (Tarragona).

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,
CIATICA, GOTA, LINFATISMO, ADENOIDISMO,
SIFILIS terciaria y HEREDO-SIFILIS.**

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

Frasco de Aluminio de 20 cc. o sean 30 gramos (un centi-
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 & Co
67, Rue de la Victoire
Paris

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

**LIPIODOL
LAFAY**

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

Asociación
Digitalina-Ubaina



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 Diagonal, 440.
literatura: Agente general para España. BARCELONA

INMUNIDAD

DR. MARTÍN SALAZAR

Ayuntamiento de Madrid

Dr. Enrique Sloker: Cirugía general de la boca.
 Dr. Julio Bejarano: Dermatología y boca.
 Dr. Manuel Tapia: La boca en las enfermedades infecciosas.
 Dr. Agustín del Cañizo: La boca en los enfermos del pulmón y corazón.
 Dr. Teófilo Hernando: La boca en las enfermedades del aparato digestivo.
 Dr. García del Real: Diagnóstico del sujeto en Odontología.
 Dr. Carrasco Cadenas: Alimentación, boca y dientes.
 Dr. Francisco G. Tello: Sin tema señalado.
 Dr. Pedro Blanco: Gestación y boca.
 (Oportunamente se acordarán las fechas de estas conferencias)

«IKONOGRAPHIA DERMATOLOGICA»

Bajo la dirección de los ilustres dermatólogos de fama mundial profesores Neisser y Jacobi, inició su publicación en 1906 la «Ikono-graphia Dermatologica». En 1914, con motivo de la gran guerra, quedó en suspenso esta obra de tan alto interés científico.

Ahora reanuda su publicación, respetando en lo esencial el curioso tipo de colaboraciones que la integraban.

En efecto: la «Ikono-graphia» se nutre de comunicaciones que envían los dermatólogos de todo el mundo alusivas exclusivamente a un caso concreto de rarísima frecuencia o de diagnóstico desconocido. Estas comunicaciones han de ir redactadas en uno de los cinco idiomas siguientes: alemán, español, francés, inglés e italiano, y el autor que lo desee puede hacer sobre el caso las observaciones que crea pertinentes, las que serán publicadas en el siguiente número. De esta forma se establece discusión sobre los casos, a la par que la revista actúa como una academia dermatológica internacional y gráfica.

Los especialistas a quienes interese recibir la «Ikono-graphia Dermatologica» y cooperar a su labor científica pueden dirigirse al Dr. Sáinz de Aja, Serrano, 1, Madrid.

DEL CONGRESO DE CIRUGIA



Los profesores Quervain, Goyanes y Peña acompañando a las bellas congresistas en la fiesta del Palace.

JORNADAS MÉDICAS ARAGONESAS

organizadas por las Entidades Médicas de Zaragoza, Huesca y Teruel, para los días 26 al 29 de Mayo de 1932.

ZARAGOZA

Comité Ejecutivo.—Dres. Ricardo Lozano (presidente), Aniceto Bercial, Alejandro Palomar de la Torre, Víctor Fairén, Eduardo de Gregorio (tesorero), José Lorente Laventana, Manuel de Frutos, Manuel Fernández Aldama, José Duerto (comisario de la Exposición), Ramón Celma, Ricardo Horno (secretario).

Pidan detalles del programa e información al señor secretario del Comité, Dr. R. Horno Alcorta (Zaragoza).

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

CLÍNICA DE DERMATOLOGÍA Y SIFILIOGRAFÍA 1931 1932

Conversaciones prácticas de la especialidad de aplicación inmediata a la Medicina general, organizadas por el Dr. Noguer-Moré, jefe del Servicio de la especialidad.

Conferencias.—1.ª (14 Abril 1932): «Tratamiento local de las dermatosis». Reglas generales. Tratamiento local de las enfermedades parasitarias, microbianas, etc. Tratamiento de las dermatitis artificiales, profesionales, etc. 2.ª (21 Abril): «Tratamiento general de las dermatosis». La Dermatología en 1932 y sus relaciones con la Medicina general. Tratamientos internos de las dermatosis microbianas, alimenticias, medicamentosas, discrásicas, alérgicas, etc. 3.ª (28 Abril): «Diagnósticos indispensables». Clínica de las manifestaciones cutáneas y mucosas de la sífilis en sus diferentes períodos. Errores que deben evitarse. 4.ª (5 Mayo): «Diagnósticos indispensables». Presentación de enfermos o moulages de las afecciones cutáneas [más frecuentes (tiñas, pelada, lupus, acné, psoriasis, liquen, eczema, dermatitis eczematiformes, etc. 5.ª (12 Mayo): «Tratamientos indispensables». Tratamiento local y general de las afecciones cutáneas más frecuentes. 6.ª (19 Mayo): «Síndromes precancerosos». Procesos precancerosos de la piel y mucosas que debe conocer todo médico. Presentación de enfermos y moulages de las diferentes variedades. Demostración práctica de los medios terapéuticos. Lo que no debe hacerse. 7.ª (21 Mayo): «Cáncer cutáneo». Presentación de enfermos y moulages de los diversos tipos clínicos de epiteloma cutáneo. El cáncer lingual. Diagnóstico y tratamiento precoz. Radiumterapia. Electrocoagulación, etc. Lo que no debe hacerse. 8.ª (26 Mayo): Clínica, patogenia y tratamiento de las ulceraciones de las piernas. 9.ª (2 Junio): Tratamiento moderno de la sífilis en el 1932. Estado actual del tratamiento de la sífilis nerviosa. 10.ª (4 Junio): Diagnóstico y tratamiento de la sífilis hereditaria y de segunda generación.

HOSPITAL PROVINCIAL DE VALENCIA

VI Cursillo teórico práctico de Traumatología, Cirugía ortopédica y accidentes del trabajo a cargo del Dr. D. José Tomás y López-Trigo, jefe del servicio de Traumatología y Cirugía ortopédica de la Beneficencia provincial y de los profesores ayudantes Dres. D. F. Ferrero Bolinches y don Antonio Sánchez García. Año 1932.

PROGRAMA

15 de Abril: Conferencia de ampliación: «Fracturas bimaleolares», por el Dr. Antonio Trías.—16 de Abril: Lección

teóricopráctica: «Tratamiento de las fracturas abiertas. Conferencia de ampliación: «Interpretación de algunos síntomas del abdomen agudo», por el Dr. Enrique Sloker.—17 de Abril: Lección teórico-práctica: «El pronóstico funcional y el tratamiento de las fracturas del antebrazo». Conferencia de ampliación: «La Traumatología de la Historia», por el doctor Ricardo Muñoz Carbonero.—18 de Abril: Lección teórico-práctica: «Fracturas supracondíleas de codo: complicaciones y tratamiento». Conferencia de ampliación: «Diagnóstico diferencial de las afecciones de la cadera», por el Dr. A. Saldaña.—19 de Abril: Lección teórico-práctica: «Tratamiento de las artritis tuberculosas». Conferencia de ampliación: «Las deformidades del pie: tratamiento quirúrgico de las más frecuentes», por el Dr. José María Vilardell.—20 de Abril: Lección teórico-práctica: «Retardo de consolidación de las fracturas». Conferencia de ampliación: «Tratamiento ortopédico de los tumores blancos en los miembros inferiores, por el Dr. Manuel Salaverri.—21 de Abril: Lección teórico-práctica: «El pronóstico funcional y tratamiento de las fracturas de pierna». Conferencia de ampliación: «Ideas directrices del tratamiento de las fracturas con vendaje de yeso», por el Dr. L. Bosch.—22 de Abril: Lección teórico-práctica: «La extensión continua en el tratamiento de las fracturas».—23 de Abril: Lección teórico-práctica: «Diagnóstico del mal de Pott». Conferencia de clausura: «Fisiopatología de la fatiga muscular», por el Dr. C. Jiménez Díaz.

Los temas de las conferencias teórico-prácticas han sido solicitados especialmente.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Desratización.

Como ampliación a las circulares de este Centro, de fechas 11 y 30 de Junio del pasado año, y en armonía con lo establecido en el art. 9.º del Decreto del Gobierno de la República, del día 3 del mismo mes y año,

Esta Dirección general ha tenido por conveniente ampliar, con la estación sanitaria del puerto de San Esteban de Pravia (Oviedo), la relación de los habilitados para llevar a cabo las operaciones de desratización y desinsectación a que se refiere el mencionado Decreto.

Lo que se hace público para general conocimiento.

Madrid, 17 de Marzo de 1932.—El director general, M. Pascua. (*Gaceta* del 19 de Marzo.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,3; ídem mínima, 694,5; temperatura máxima, 16º; ídem mínima, 1º,8; vientos dominantes, NE. y NNE.

Sigue manteniéndose en proporciones relativamente favorables el resultado de las estadísticas sanitarias de Madrid. No disminuyen los casos generalizados de gripe, aunque si menos numerosos los complicados con inflamaciones infecciosas de los órganos centrales de la respiración. Perseveran las congestiones hepáticas y son frecuentes los cólicos litíasicos localizados en dicha glándula. Los catarros vesicales, particularmente en los sujetos

artríticos, son numerosos, aunque fáciles al tratamiento.

En los niños continúan presentándose anginas catarrales benignas, casos de sarampión y catarros superficiales de los bronquios.

CRONICAS

Noticias.—El Dr. Renedo ha trasladado su domicilio a Avenida Conde de Peñalver, núm. 6.

Incompatibilidades.—Entre las de catedráticos médicos vemos consignadas:

1.ª La de D. Gustavo Pittaluga, que figura con 11.000 pesetas como catedrático y 12.000 como director de la Escuela Nacional de Sanidad.

Lamentamos tener el labio *partio*, como dicen los chulos.

Vacantes.—Hasta el 21 de Abril pueden solicitarse las siguientes por concurso de antigüedad:

Mayorga (Valladolid). 2.200 pesetas.

Yuncler (Toledo). 1.650 pesetas.

Fontrubi (Barcelona). 1.650 pesetas.

Azuaga (Badajoz). 3.300 pesetas.

El Viso de San Juan (Toledo). 1.375 pesetas.

Alba de los Cardaños (Palencia). 2.750 pesetas.

Y por concurso de méritos.

Villaluengo (Teruel). 2.750 pesetas.

De la «Gaceta»: 9 de Marzo.—Ministerio de la Gobernación.—Orden nombrando en virtud de concurso a don Tomás Peset Aleixandre para el cargo de inspector provincial de Sanidad de Valencia.

—Otra ídem íd. id. ayudantes de sección del Instituto Nacional de Higiene a D. Lorenzo Ruiz de Arcaute y don Pedro Clemente Mariana.

Obras recibidas. Estadística de la Casa de la Maternidad de Madrid. Año 1931. Beneficencia provincial. Servicio del profesor Dr. José Boella y Montoya.

—«Planeamiento y organización de un hospital moderno», por el Dr. W. López Albo, de Bilbao. Folleto.

—«Formulaire thérapeutique odonto stomatologique», por Roissier y A. Bouland. 30 fr. 2.ª edición. Casa editorial L'Expansion Scientifique Française. París.

Perhidrol de Magnesio.—Al presente número acompañamos un interesante prospecto del producto indicado, recomendando su lectura y pedido de literatura y muestras a E. Merck, Darmstadt (Alemania) o Productos Químicos Farmacéuticos, S. A. Apartado 724. Barcelona.

Electrolactil Fitikola-Fitikalina-Guayapectol.—Recomendamos la lectura del prospecto que se incluye, del Laboratorio Asensi, Xerri y C.ª, Ciscar, 26, Valencia.

Programa para el concurso de oposiciones a ingreso en la Academia de Sanidad Militar. 1,25 pesetas. EL SIGLO MEDICO.

Tratado práctico de etiqueta y distinción social, 4 pesetas. Reembolso, 4,55. Pídase a EL SIGLO MEDICO.

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Unico preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 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 70.458