

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..... }

DIABETES



VINO URANADO PESQUI

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

OTROS PREPARADOS:

SIMIL AZÚCAR PESQUI, para el uso de los diabéticos.

DELGADOSE. Contra la obesidad, completamente inofensivo.

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

RINONASOL PESQUI. Contra el catarro nasal.

LABORATORIO PESQUI

Alameda, 17, San Sebastián (ESPAÑA)

Kola granulada Astier

Antineurasténica

REGULADOR DEL CORAZÓN



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

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

SANOTION

Tiosulfatos Alcalinos
Para inyección hipodérmica e intramuscular
Tratamiento de elección en las Litiasis biliar y renal, agudas o crónicas. Artritis. Reumatismo. Desensibilizante en general y cutáneo, etc.
Cajas de 10 ampollas de 2 c. c.

SANOCAL

CALCIOTERAPIA INTRAMUSCULAR INDOLORA
Tuberculosis en general. Adenopatías, traqueo-bronquiales infantiles. Raquitismo. Osteomalacia. Amenorreas, etc.
Único en aquellos casos que por dificultad de inyección no se puede usar la forma intravenosa. Indicado en los niños.
En cajas de 10 ampollas de 5 c. c.
De venta en las principales Farmacias y Centros de Especialidades Farmacéuticas.
MUESTRAS Y LITERATURA
HIJOS DE HONORIO RIESGO, S. A.
PRODUCTOS QUÍMICOS

laboratorios **abelló**

por la de folículos en los que se encuentran los bacilos. Lo mismo aquí que en todos los procesos tuberculosos se pueden presentar dos tendencias en la evolución, según que domine el elemento caseoso o el fibroso. Cuando domina el elemento fibroso, el peritoneo puede manifestar su alteración de dos formas diferentes, que son: con la formación de ascitis que queda libre en el peritoneo, pero que en algunos casos se aísla de una manera secundaria por tabicamiento, proceso que se puede comparar con la pleuresía con derrame *a frigore*, o bien sin la producción de exudado alguno, que se puede comparar con la pleuresía seca y que no se debe interpretar como la cicatriz de otro proceso tuberculoso, puesto que evoluciona por cuenta propia y muchas veces lleva una marcha progresiva. Estas formas plásticas tienen especial interés porque pueden ser localizadas, y en numerosos casos en que se han descrito focos de pericolestítis, de peritifitis o perisigmoiditis, considerándolas como la consecuencia de un proceso visceral, se ha demostrado que los órganos en cuestión no se hallaban afectados y que se trataba en realidad de una peritonitis tuberculosa localizada en alguna de estas regiones.

Cuando en la evolución del proceso tuberculoso domina el elemento caseoso, la reacción del peritoneo puede ser al principio exudativa o seca, pero al cabo de poco tiempo se hace indefectiblemente purulenta; pero lo que no se encuentra en estos casos es un derrame purulento libre que se pudiera equiparar al absceso frío pleural, sino que se trata de una peritonitis purulenta enquistada, llamada asimismo forma ulcerocaseosa o fibrocaciosa si en el proceso participan simultáneamente el elemento fibroso y el caseoso. Estas son las lesiones y las reacciones primarias, pero en seguida se acumulan elementos secundarios que tienen importancia por la posibilidad de que constituyan verdaderas complicaciones. El proceso fibroso, por ejemplo, puede determinar numerosas adherencias de las asas intestinales entre sí, acodaduras y estrecheces. Las retracciones a que dan lugar esta fibrosis son muchas veces la causa de compresiones nerviosas, viscerales o vasculares y, por su parte, el proceso

mo de peritonitis la conocida facies hipocrática. El color de la piel se hace amarillo ferroso; sin embargo, los pómulos suelen quedar sonrosados, la nariz aparece afilada y brillante, los ojos quedan rodeados de dos grandes círculos de ojeras. La temperatura se encuentra elevada en el primer período de la enfermedad y solamente en los casos sobreagudos se observa desde el principio la hipotermia. En cambio, más adelante, según se va agravando el enfermo, va descendiendo la temperatura. El pulso es pequeño y rápido, y hacia el período terminal se hace irregular e inconstante. En el período inicial se observa muchas veces un escalofrío más o menos claro. El vientre se encuentra distendido porque las asas están dilatadas y la pared del abdomen se contrae sobre ellas. Por la percusión se encuentra algunas veces un derrame en la cavidad abdominal, pero nada más que algunas veces, puesto que en otras las asas intestinales distendidas dan un sonido timpánico que puede enmascarar el líquido existente; la posibilidad de demostrar éste depende de la cantidad del mismo que exista, de que se halle libre o enquistado.

La respiración es siempre difícil, pues se reúnen para provocarla y para agravarla los factores mecánico, tóxico y reflejo. La lengua está seca y fuliginosa; la cantidad de orina es escasa y, muchas veces, albuminosa; la piel está al principio caliente y en ella se encuentra sudor viscoso; más tarde se enfría, sobre todo a nivel de las extremidades; las uñas toman un tinte cianótico. El peritoneo desarrolla reacciones muy intensas contra los microbios de infección.

Por medio de inyecciones de microbios en el peritoneo de los animales se ha estudiado la reacción de esta serosa a la penetración de agentes infectantes, y se ha observado que tiene lugar una fagocitosis intensa acompañada de leucocitos, sanguíneas, de modo que se ha pretendido atenuar la peritonitis y aun prevenirla por medio de las inyecciones hipodérmicas de ácido nucleínico o de nucleinato de sodio. Además, tanto la parte principal de la serosa peritoneal como sus dependencias, que son los epiplones, tienen la propiedad de atenuar la actividad de las toxinas. Estos recur-

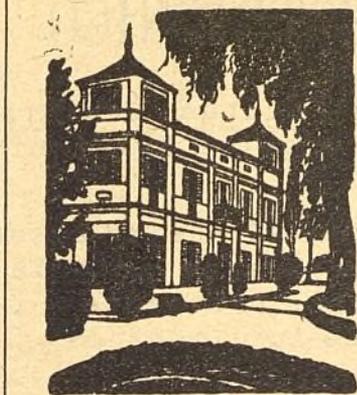
son de defensa expujan que no baste la penetración de los microbios para producir la peritonitis, sino que es necesario también que exista un estado adecuado de la serosa del peritoneo. Por lo que se refiere a condiciones de importancia práctica, tanto la gran cantidad de microbios como las lesiones provocadas en la serosa por las intervenciones experimentales y, sobre todo, por el contacto con los antisépticos catárticos y la presencia de gran cantidad de sangre, son otros tantos factores que favorecen la producción de la peritonitis. La consecuencia práctica de estos datos de fisiología para las intervenciones en el abdomen se comprende fácilmente. El cirujano debe hacer cuanto pueda por evitar la contaminación, y cuando encuentre zonas infectadas, por ejemplo, por restos de contenido intestinal escapados a través de una perforación, debe tratar de combatirlos por medio de la inhibición de la substancia séptica y del lavado con cantidad abundante de solución salina fisiológica caliente. La disminución del número de microbios será el factor esencial para que la defensa natural del peritoneo acabe con el resto de la infección y no creará una zona cruenta que sería un foco de absorción rápida. Si en el curso de la operación quedaran zonas denudadas del peritoneo las cubrirá con epiplones.

Así como se ha visto que algunos actos reducen la resistencia del peritoneo a las infecciones, se ha visto también que otros la aumentan, y entre ellos se encuentran las inyecciones de cantidades crecientes de determinadas substancias, entre las cuales parece la más activa la solución salina fisiológica. También se ha empleado con este fin la orina esterilizada, el alcohol y la tintura de yodo, pero los resultados han sido variables, y en algunos casos, como en el del empleo de la orina, resultan reprobables. También se han empleado las soluciones de ácido nucleico al 2 por 100. Puestas estas inyecciones antes de una intervención, parece que aumenta la resistencia de la serosa para todas las infecciones. Las reacciones patológicas que son características de las peritonitis dependen de estos factores, dada la facilidad de absorción que tiene esta serosa, de la gran canti-

ción cuando establezca adherencias entre los órganos que crean dificultades al funcionamiento normal de los mismos. Los movimientos que el acto sexual impone al útero son en la mayoría de estos casos dolorosos, hasta el extremo de imposibilitar dicho acto. En todos estos casos será necesaria la intervención para liberar los órganos comprendidos en dichas adherencias, aparte de eliminar los focos de pus que se suelen encontrar y muy especialmente el piosalpinx que casi siempre coexiste con este proceso. La intervención, sin embargo, no debe ser precoz; ya dijimos que estaba contraindicada en los brotes agudos, porque las adherencias complicadísimas que se desarrollan en estos casos la hacen sumamente difícil y probablemente se generalizaría el proceso.

La peritonitis tuberculosa es una enfermedad de especial importancia en la práctica pediátrica, si bien se puede presentar en todas las edades. El bacilo de Koch puede llegar al peritoneo por vías muy diversas: unas veces se trata de un absceso frío, especialmente ganglionar, que se abre directamente en el peritoneo; otras veces se trata de una infección sanguínea. Por lo menos en las formas generalizadas de la peritonitis, cuesta mucho trabajo admitir que se trate de una propagación directa, no ya desde un foco limitado, que esto sería difícilísimo de justificar, sino desde el intestino, que podría constituir una base muy extensa de infección. Como quiera que en tales no se encuentran en el intestino cicatrices de lesiones tuberculosas ni éstas en actividad, y como quiera que si se suelen encontrar, en cambio, lesiones activas en otros focos como en el pulmón o en los huesos, es lo más razonable admitir que se trata de una difusión, sea por vía sanguínea, sea por la linfática. Cierta que en algunos casos se puede demostrar la existencia de un foco que se abre directamente en el peritoneo, pero en tales casos la peritonitis que se produce es localizada y se encuentra limitada por adherencias.

Lo mismo cuando es localizada que cuando es generalizada, la peritonitis tuberculosa se caracteriza por la existencia de los nódulos tuberculosos y, microscópicamente,



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Calle de Lope de Vega, 55. — MADRID.

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

Pídanse reglamentos á la Administración.

INSTITUTO MEDICO-PEDAGOGICO

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

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

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

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 dinámofora 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



SANTAL MONAL

AL AZUL DE METILENO

Antigonocócico - Analgésico

Antiséptico - Diurético

Blenorragias - Cistitis - Piurias

ENFERMEDADES DE LAS VIAS
URINARIAS

DOSIS : 6 à 10 capsulas al dia

EL MAS ACTIVO

EL MEJOR TOLERADO

LABORATORIOS MONAL & C^{IE}, PARIS

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

CARDIOETIL Y CARDIOETIL ESTRÍCNICO

Inyectables a base de alcanfor natural del *Laurus*, Canfora y Oxido de Etilo (Eter sulfúrico puro) y el Cardioetil Estrícnico con adición de Estricnina.

Preparados que ofrecen grandes ventajas sobre el aceite alcanforado, en los colapsos cardíacos, en la hipotensión arterial, en el edema pulmonar, en las pneumonias con pulso frecuente y pequeño y en las bronconeumonias especialmente de los ancianos.

TRATAMIENTO CURATIVO DEL ESTREÑIMIENTO PETROSINA

No es producto laxante ni purgante; es un hidrocarburo líquido no asimilable que obra mecánicamente como lubricante intestinal, facilitando los movimientos peristálticos.

Eficaz en todos los casos. Insustituible en los estreñimientos de las embarazadas, en los niños de poca edad y en toda persona de estómago delicado.

No es irritante y no produce hábito en tratamiento prolongado.

NEUROTÓNICO

Elixir para vía gástrica. Inyectable para vía subcutánea.

Medicación gliceroarsenial fosforada, con nucleína y estricnina.

Es un reconstituyente eficacísimo en las neurastenias, clorosis, anemias, convalecencias y tuberculosis incipientes o pretuberculosos.

CIATICARINA

Preparado en forma líquida con salicilatos de litina, colchicina y yoduros alcalinos.

Con estos datos, no es de dudar que en REUMATISMO, ya sea de forma articular o muscular, en la ciática y en el artritis, tiene que ser la medicación predilecta.

LABORATORIO GARCÍA SUÁREZ

Calle de Recoletos, 2, triplicado, — MADRID

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

9 IV-1932

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

VOCES LATINAS

Conferencias Internacionales de la UMFIA o Unión Medical Latina (ESPAÑA)

CONSIDERACIONES SOBRE LA MEDICINA ESPAÑOLA: LAS GRANDES ETAPAS DE SU EVOLUCIÓN.

El 12 de Marzo, en la gran sala del «Institut Oceanographique de Paris»,

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

la UMFIA inauguró la serie de sus conferencias por la del muy eminente profesor E. Forgue, de Montpellier, miembro correspondiente del Instituto de Paris y doctor honoris causa de las Facultades de España. Más de 800 personas, comprendiendo las notabilidades mundo medical, miembros y numerosos amigos de la UMFIA y señoras, asistieron al acto, que presidió el excelentísimo Sr. Ojeda, ministro-consejero de la Embajada de España. El Dr. Dartigues, quien tuvo la idea de dichas conferencias, presentó al sabio profesor

Forgue, cuya conferencia fué oída con suma atención, y de la que damos a continuación el resumen.

Los españoles nos reprochan de no

CARABAÑA: el mejor purgante.

conocer la historia de su Medicina y el profesor Forgue se dedicó en reunir, para este estudio, una documentación exacta.

Si tomamos en consideración que Galia quedó, durante cinco siglos, bajo la dominación romana, y que España empleó cerca de ochocientos años para libertarse de la ocupación musulmana, comprendemos que la civilización y la Medicina árabes han dejado en España huellas duraderas.

vilización musulmana; los árabes no se limitan a enterarse y a ser maestros en la civilización griega, ellos se encaminan en vías nuevas. Aparecen entonces los hombres superiores: en primer lugar Abulcasis, la personalidad dominadora de la Medicina árabe, cuyo tratado de Cirugía fué, durante varios siglos, la guía de los cirujanos, que nuestro grande Guy, de Chauliac, cita cerca de doscientas veces. En los siglos XII y XIII, Toledo, libertado, ha vuelto a ser la réplica de Bagdad de antaño y se ha constituido como un centro de traduc-

JARABE ALMERA

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

ciones, hacia el cual afluyen de todos los puntos de la cristiandad una muchedumbre de peregrinos de ciencia en busca de las fuentes intelectuales de todos órdenes.

En la España cristiana del siglo XIII hasta el XV, y a medida que adelante la reconquista, se crean Universidades: desde el año 1243, la de Salamanca había sido fundada.

El conferenciante evoca la vida escolar y privada de los estudiantes de aquella época y lo pintoresco de su existencia.

Gardán
contra la Gripe

El siglo X marca el apogeo de la ci-

Art. 47. Entre los documentos que deben acompañar a la demanda figurarán los que justifiquen el domicilio conyugal o, en su caso, la residencia.

Art. 48. El Ministerio fiscal será parte en el juicio principal y en todas sus incidencias sólo cuando existan menores, ausentes o incapaces, sin perjuicio de lo establecido en el art. 165 del Código civil.

Art. 49. Las partes deberán comparecer asistidas de Procurador que las represente y de Abogado que las dirija. La demanda se redactará según las normas establecidas en la ley de Enjuiciamiento civil.

Art. 50. Si se hubiere formulado reconvencción, el actor contestará dentro del plazo improrrogable de diez días. No se admitirá reconvencción que no estuviere fundada en alguna de las causas establecidas en el art. 3.^o

Art. 51. La confesión y el allanamiento a la demanda no bastarán por sí solos para fundamentar una sentencia condenatoria.

Los parientes y los domésticos de los esposos pueden ser oídos como testigos.

Art. 52. La resolución en que se reciba el pleito a prueba prevendrá a las partes que propongan toda la que les interese en el término improrrogable de diez días.

El término para la práctica de las pruebas no podrá exceder de veinte días.

Art. 53. Cuando alguno de los litigantes proponga prue-

ba en los dos últimos días del período, tendrán derecho las demás partes a proponer, a su vez, prueba sobre los mismos extremos, dentro de los dos siguientes a la notificación de la providencia en que aquélla sea admitida.

Art. 54. Cerrado el período de prueba, procederá el Juez, dentro de los diez días siguientes, a hacer un resumen razonado de las practicadas y un informe sobre la cuestión de derecho.

Art. 55. Cumplido el trámite del artículo anterior, se remitirán los autos a la Audiencia provincial, con emplazamiento de las partes, por término de diez días.

Recibidos los autos en la Audiencia y transcurrido el término del emplazamiento, háyanse o no personado las partes, se pondrán de manifiesto las actuaciones para instrucción, por término de cinco días improrrogables, a cada una de las personadas, y se pasarán por igual término para instrucción, al Magistrado ponente.

Transcurrido este plazo, se dictará providencia, declarando concluso el pleito con citación de las partes para sentencia y se señalará día para la vista dentro de los ocho siguientes.

El día anterior al señalado para la celebración de la vista se entregará a cada uno de los Magistrados que hayan de formar la Sala una copia del informe hecho por el Juez, con arreglo a lo dispuesto en el artículo anterior.

Art. 56. Los Jueces y Tribunales podrán disponer de

Dos grandes figuras se destacan de este periodo de transición: Arnaud de Villeneuve y Raymond Lulle.
El siglo de oro de la Medicina espa-

puestas por el gran médico Dr. Marañón y por las palabras de Victor Hugo: «¡O vieille Espagne, ô peuple tout neuf!»

Síntesis higiénica juvenil.

A UN ADOLESCENTE

Comerás con sobriedad,
rechaza vino y licores,
huye de impuros amores
y alcanzarás larga edad.
Mas... ¡ya sería gran virtud
si dejases el tabaco!...

—¿No?...

—Pues darás un atracó
a tu preciada salud.

BONIFACIO RAMÍREZ MORENO.

Santander, 19 de Marzo 1932.



FORMULA

POR 20 GRAMOS

Tihocol .. 23 centigr.

Codeína. . 1 centigr.

Arrhenal.. 2 centigr.

Precio al público:

4,40 ptas.

La cartera de «Decio Carlan»

El léxico y la sintaxis de cada lengua se parecen extraordinariamente a la función de la circulación sanguínea en los

seres vivos; por esto debe cuidarse de mantener en círculo los términos claros y apropiados, que vienen a ser los glóbulos encargados de la nutrición y el sostenimiento de los órganos, esmerándonos en no dar por sanos a todos los que circulan, sino sólo a aquellos que se

EL CHOCOLATE ZORRAQUINO

por su pureza y poder nutritivo constituye una eficaz ayuda en los enfermos y convalecientes, y por su exquisita elaboración, es una deliciosa golosina para los sanos.
De venta en Madrid: Mantequerías Leonesas y principales establecimientos, provincias, y Zaragoza: Despacho, Coso, 56.

ofrecen para una nutrición intachable que a su vez producirá un estilo o nutrición puro y claro, sometiendo a los *académicos* riñones la depuración de lo impuro y buscando en los órganos hematópoyéticos, o sea en las lenguas clásicas y en la historia de la nuestra, la substitución de los términos que hayan podido caer en desuso con o sin explicación lógica. Debe aspirarse a sostener el número de los glóbulos, pero de los glóbulos sanos útiles y limpios; no hay que confundir el número con la eficacia y menos con la belleza.

Ich.

Quando tenemos una pena y suspiramos, debemos reflexionar si la causa que nos produce tal pena no sería más digna de la náusea que del suspiro.

Ich.

No hay más temible dictadura que aquella que al decretar siente temblar su mano; ni más temible desafuero y violencia que la del brazo que obra con carne de gallina.

SIGUE A LA PÁGINA XX

ñola va del año 1500 a 1665. Los centros de enseñanza aumentan y se enriquecen. Valladolid, en la que se crea la primera cátedra de Anatomía, vuelve a ser, con Montpellier y Bologna, uno de los tres grandes centros de estudios anatómicos. Debo citar dos altas personalidades: Valverde y Michel Servet, el mártir, el precursor de Harvey, que descubrió la circulación de la sangre en los pulmones.

Decadencia al fin del siglo XVII y al principio del XVIII. La llama se reanima en Cadix con el Real Colegio fundado por Virgilio y en el cual estudió el anatomismo Gimbernat.

En el período contemporáneo, la contribución de los médicos y, sobre todo, los cirujanos españoles, ha sido importantísima en el curso del siglo XIX. El conferenciante dijo cuánto admiraba el movimiento de renacimiento que en estos días se manifiesta en España en todos los ramos de las ciencias médicas, y acabó, después de expresar su homenaje al maestro actual de la neurohistología, Ramón y Cajal, por las perspectivas del porvenir recientemente ex-

oficio o a instancia de parte que el despacho y la vista se hagan a puerta cerrada, cuando así lo exijan la moral y el decoro, la naturaleza de la causa de separación o de divorcio.

Art. 57. Contra la sentencia se podrá interponer recurso de revisión ante el Tribunal Supremo por alguna de las causas siguientes:

- 1.ª Incompetencia de jurisdicción.
- 2.ª Violación de las formalidades esenciales del juicio cuando hubiere producido indefensión.
- 3.ª Injusticia notoria.

El recurso se interpondrá y formalizará mediante escrito presentado ante la Sala que hubiere dictado la sentencia, dentro del término improrrogable de diez días, contados desde el siguiente al de su notificación. Transcurrido este plazo, se remitirán los autos al Tribunal Supremo emplazándose a las partes para que comparezcan en término de diez días. Este término será de quince días para los pleitos procedentes de las islas Baleares y de veinte para los de las islas Canarias. Recibidos los autos y personado el recurrente, se mandarán traer a la vista, previa instrucción de las partes y del ponente, por términos de cinco días a cada uno, señalándose la vista dentro del mes siguiente. Celebrada ésta, se dictará sentencia en plazo de diez días.

Art. 58. El Juez de primera instancia podrá, en cual-

10

quier estado del pleito, adoptar provisionalmente las medidas de urgencia que considere indispensables respecto de las personas y bienes de los cónyuges y de sus hijos, conforme a las disposiciones de esta Ley.

Art. 59. Cuando el demandante acompañe copia fehaciente de sentencia firme en que aparezca su consorte condenado por hechos de los señalados con los números 1, 2, 7 y 11 del art. 3.º de esta Ley como causas de divorcio, el Juez dará traslado al demandado, y si éste no reconviniese ni alegase excepción suficiente a desvirtuar la acción, o no compareciere, citará sin más para sentencia ante la Audiencia, una vez oído el Ministerio fiscal.

Art. 60. Obtenida una sentencia de separación y transcurrido el tiempo a que se refiere el art. 39 sin que hubiere mediado reconciliación, los cónyuges podrán solicitar la declaración de divorcio, y el Juez, probados estos extremos, citará sin más a las partes, para sentencia ante la Audiencia correspondiente.

Art. 61. Los recursos de apelación que se entablen contra resoluciones de los Jueces de primera instancia en esta materia, serán admisibles en un solo efecto y se tramitarán ante la Audiencia provincial respectiva.

Art. 62. Las costas del pleito serán a cargo del litigante vencido salvo los casos en que el Tribunal, por motivos fundamentales, dispusiere otra cosa en la sentencia.



EXTRACTO — DE — MALTA

“EUMALT”

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

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



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

Dr. P. Andreu Lloberes
Esplugas (BARCELONA)

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA El mejor desinfectante intestinal.

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

Frasco de 250 gramos, 3,65 ptas. en toda España.
Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

Yodo, ácido tímico, Lándano, 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
LUBENA (CÓRDOBA)

VACANTES

— Por renuncia, la de médico titular de Gilet (Valencia), partido judicial de Sagunto, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 739; categoría 5.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 3 kilómetros de la cabeza de partido y a 29 de la capital. Carretera. Río Palencia. Ferrocarril.

— Por renuncia, la de médico titular de Barig (Valencia), partido judicial de Alcira, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 728; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 15; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 52 de la capital. La estación más próxima, Valldigna, a 7 kilómetros. Carretera.

— Por renuncia, la de médico titular de Candamo (Oviedo), partido judicial de Pravia, con el haber anual de 2.000 pesetas. Población, 5.618; categoría 2.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 120; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Residencia en Grullas.

Datos.—Lugar a 12 kilómetros de la cabeza de partido y a 30 de la capital. La estación más próxima, Sandiche, a 2 kilómetros, y San Román, a 4.

— Por renuncia, la de médico titular de Penellas (Lérida), partido judicial de Balaguer, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.286; categoría 4.ª; familias incluídas en la Beneficencia, 5; instancias hasta el 30 de Abril.

(Continúa en la pág. XX.)

Balneario de Carlos III

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

Salicitiro

SALICILATO DE SOSA Y TIROIDINA EN SOLUCION FUERTEMENTE ALCALINIZADA
2 gramos de salicitato de sosa por cucharada

PERFECTAMENTE TOLERADO POR VIA BUCAL

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

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

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



ION - CALCINA PALLARÉS

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

Frasco. — Para uso interno.

Ampollas. — Inyección intravenosa.

Laboratorio M. PALLARES

Plaza Mosén Sorell, 6.

VALENCIA

STROPHANTIUM PALLARES

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

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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



PROGRAMA CIENTÍFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: El problema social desde el punto de vista biológico, por el Dr. Martín Salazar.—Divulgaciones científicas de actualidad: La escarlatina, por Federico González Delito.—Información científica del IX Congreso de la Sociedad Internacional de Cirugía: Aportaciones al tema 2.º: Tratamiento de las supuraciones no tuberculosas del pulmón, por Howard Lilienthal.—Aportaciones al tema 1.º: Diagnóstico general de los tumores intrarraquídeos, por el Dr. L. Beriel. Adaptación castellana por el Dr. Victor Moet.—Terapéutica por la digital.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

El problema social desde el punto de vista biológico

POR EL

DR. MANUEL MARTÍN SALAZAR

Ex director general de Sanidad.
Académico de la Nacional de Medicina.

Uno de los aspectos más curiosos del problema social presente, es la desorientación con que lo juzgan la mayor parte de los políticos y sociólogos contemporáneos. El problema reside sobre las relaciones humanas; y esas relaciones humanas no pueden ser justamente estimadas, si no se fija bien el conocimiento de la naturaleza del hombre, que es el elemento atómico del conjunto social. Pues bien; es el caso que la mayoría de nuestros sociólogos profesionales no conocen al hombre como ser natural, o tienen un falso concepto de su naturaleza, debido a que no estudian *antropología*. Nosotros hemos sostenido recientemente la tesis, de que todas las profesiones de carácter social, deberían tener como obligatoria, en su plan de estudios, la enseñanza de la antropología. Eso de que los abogados, los políticos, los economistas, los sociólogos en general, no estudien antropología, ni conozcan la naturaleza real del hombre, es cosa que trasciende gravemente sobre el error de las ideas que prevalecen en España hoy en materia política y social. Estamos seguros de que esa modesta reforma sobre la obligatoriedad de la enseñanza de la antropología en todas las profesiones de carácter social, traería consigo en nuestro país un gran progreso y una gran transformación de las ideas políticas y sociales profesadas por muchos individuos y por muchos partidos.

El desconocimiento de la naturaleza real del hombre trae, como primera consecuencia, la tendencia funesta de los pensadores a separar la vida espiritual de la corporal, y a juzgar de las ideas como si fueran entelequias imaginativas, sin relación alguna con las funciones del cerebro. ¡Como si alguien hubiera podido observar el pensamiento como idealidad abs-

tracta separada del órgano que la engendra! Esta concepción imaginativa del espíritu humano, sin estar encarnada en nuestra propia naturaleza material, es el error que más desvía a los hombres de la verdad, y que más trascendencia ha tenido y tiene en la absurdidad de ciertas doctrinas de carácter social o interhumano.

Admitiendo que el hombre es el elemento orgánico de la sociedad, fácilmente se comprende que toda perfección social surge de un perfeccionamiento humano. De ahí que la *eugenesia*, o sea el empleo del conjunto de medios cósmicos capaces de influir favorablemente sobre la estructura orgánica del individuo, de la familia, de las estirpes, de las razas, y hasta de la humanidad entera, es el medio más heroico que debe ser utilizado para conseguir la selección natural de la especie humana. En este sentido, debemos seguir las enseñanzas que nos ofrece la Naturaleza en la selección espontánea de las especies animales, y emplear los medios de transmitir artificialmente por herencia las cualidades más perfectas de los padres a los hijos, a fin de conseguir, poco a poco, la selección de nuestra especie.

Desgraciadamente, el enlace matrimonial de seres defectuosos o degenerados engendra generaciones invertidas que contribuyen a la degeneración de la especie. Es cosa singular y censurable, que el hombre se ocupe con éxito en la selección y perfeccionamiento orgánico de las especies animales que trae entre manos, y no pare mientes en la selección de su propia especie. Pero hay más: los matrimonios entre individuos de las clases sociales superiores, que suelen poseer organización más perfecta, procuran hoy limitar el número de hijos, hasta el punto de no pasar de dos a cuatro, cuando más; mientras que las clases inferiores, más degeneradas, se reproducen ampliamente, en forma que tratan de invadir el mundo todo. Por ese camino vamos a la degeneración de la humanidad; y es, pues, preciso rectificar a todo trance este error, sentando las bases científicas de la selección de la especie humana, por medio de leyes que favorezcan la reproducción de los más aptos y vigorosos, y pongan

coto a la libre generación de los ineptos, enfermos y degenerados. Tal es lo que pudiéramos llamar la base magna de toda regeneración social. Empero, todavía, ni aun los pueblos más adelantados han sabido dar en sus códigos y en sus costumbres, toda la importancia que merece, en realidad, la selección humana por medio de la herencia orgánica. En algunos Estados de la América del Norte se ha llegado, en este punto, hasta establecer la castración o esterilización de individuos gravemente enfermos o degenerados. Entre nosotros, dado nuestro grado de civilización y modo especial de pensar sobre estas cosas, no es posible hacer más que la persuasión racional, mediante campañas de propaganda de estas ideas regeneradoras entre todas las clases sociales.

Después de atender al problema de la herencia orgánica como base de la selección humana, procede, para poder resolver la cuestión social presente, afrontar el gran ideal de la educación del ciudadano, en su aspecto físico, intelectual y moral. Todo cuanto se intente llevar a cabo para vigorizar y desarrollar el cuerpo humano, entendiéndolo por ello, no sólo el uso de la gimnástica en todas sus formas, sino la influencia higiénica de todo el medio cósmico, singularmente del sol, es poco para perfeccionar el lado físico de la vida humana.

Este aspecto de la educación física del hombre es hoy más bien comprendido que lo ha sido nunca; porque conviniendo en que la vida espiritual es sólo función fisiológica del cerebro, todo lo que contribuye a vigorizar este órgano por una mayor salud general del individuo, es favorecer la capacidad mental o el desarrollo de las funciones del espíritu.

Y a este propósito debe venir la instrucción pública a hacer desaparecer de nuestro pueblo el estigma infamante del analfabetismo. Una nación como España, que contiene todavía millones de analfabetos, es una nación incapaz de sacramento. Por eso es ésta una de las reformas más urgentes de nuestra política militante. Después de atender en primer término a la instrucción primaria, conviene fomentar los estudios superiores, buscando en ellos un sentido más experimental, más científico que al presente, y dejando a un lado las entelequias imaginativas que han ocupado durante siglos la imaginación de teólogos, filósofos, literatos y soñadores de todo linaje. En la enseñanza de los estudios sociales es preciso imponer cuidadosamente, como hemos dicho antes, el conocimiento de la antropología a todas las profesiones de carácter social. Además, los estudios económicos e industriales favorecen el planteamiento y solución de los problemas sociales, y por este motivo conviene extenderlos o difundirlos entre las gentes. Por último, viene el momento de enfrentarse con el problema social propiamente dicho, exponiendo los términos en que debe plantearse y resolverse. ¿Qué concepto tiene de su política el actual socialismo? Su principal empeño es el de redimir los partidos obreros, llevándoles al goce de los mayores derechos, y pretendiendo que, no obstante su grado inferior de

civilización, sean los que rijan y tomen la dirección política de los pueblos. ¿Es esto justo y racional? En nuestro modesto entender creemos que no. Nosotros pensamos que lo que podría llamarse la aristocracia del talento y del saber, es la que debe ejercer la hegemonía en la dirección y gobierno de los hombres; y que los partidos obreros, sobre todo en España, mientras no lleguen a redimirse de su actual ignorancia y de su evidente inferioridad mental, no están en condiciones de ser los que rijan la gobernación del Estado, al menos sin el auxilio de otros más sabios e inteligentes. No se les niega el camino; se les abren, por el contrario, todos los horizontes; y se les debe decir que es una cuestión de superioridad de los hombres que hay que ganarse con el saber. Ya llegarán con el tiempo los obreros a alcanzarlo; y entonces, lo que hoy parece utópico resultará lógico y racional. El error consiste en quererlo conquistar todo de pronto, rápidamente, por procedimientos revolucionarios, olvidando que esa no es la ley social que rige la Historia. No puede olvidarse que la evolución es el principio que gobierna la marcha de la Humanidad, y a esa evolución hay que ajustarse para favorecer discretamente el progreso de los pueblos. Los partidos socialistas actuales debieran venir a razón, y reconocer el valor de este principio evolucionista, que les aleja de la revolución y les conduce a la paz.

Con mucha mayor razón hay que rechazar los partidos extremos, socialistas y anarquistas, que están fuera de juicio, y que no pueden conducir más que al desorden y al motín. El concepto equivocado que tienen de la propiedad esos partidos extremos, nace también de un error antropológico; que consiste en desconocer que el hombre posee un instinto de conservación por el cual lucha en la vida, y trabaja con afán para gozar del fruto de su trabajo; y que pensar que el individuo se ha de interesar igualmente por la propiedad común o del Estado que por la suya propia, personal, es un error de gravedad que trascenderá enormemente en la disminución de la riqueza colectiva o social. Este error doctrinal del socialismo se ve, por cierto, revelado en el proyecto de ley agraria que acaba de presentar el Gobierno al Parlamento, en el cual se resta al parcelario del campo el estímulo de trabajar para alcanzar la propiedad de su parcela, suponiendo equivocadamente que se va a interesar igualmente por el capital común o del Estado que por el suyo propio.

En resumen: para resolver la crisis social presente es preciso, en primer término, ajustar el espíritu de las leyes al progreso de las ciencias sociales positivas; y en segundo lugar, procurar atenuar entre los hombres la rigidez de la lucha por la existencia, mediante la creación de instituciones sociales en las que dominen los principios más generosos de solidaridad humana.



RESYL

"CIBA"

Eter glicero - guayacólico soluble

**Expectorante
Antiséptico
pulmonar
de un gusto agradable**

Formas farmacéuticas:

Jarabe Resyl

Frascos de 150 y de 300 grs.

Comprimidos Resyl

Tubos de 20 comprimidos

Pastillas Resyl

Cajas de 24 pastillas

Inyectables Resyl

Cajas de 12 ampollas

Ciba Sociedad Anónima de Productos Químicos Barcelona

*tratamiento integral
de todas las afecciones del sistema venoso*

PROVEINASE MIDY

Asociación de extractos de plantas
cuida dosamente elegidas
Castaña de India - Cupressus - Viburnum - Hamamelis
y de extractos de glandulares a secreción interna
Hipofisis - Suprarrenal - Tiroide

2 a 6 COMPRIMIDOS AL DÍA
(Tragar sin mascar)

Varices
Varicosidades
Varicoceles
Ulceras varicosas
Edemas postflebiticos
Almorranas

Trastornos congestivos
de la menopausis
y de la pubertad

Hipofixia
Cristesia
Astenia

**MEDICACION LOCAL
DE LAS ALMORRANAS**

POMADA MIDY

LABORATORIOS MIDY
4. Rue du Colonel-Moll - PARIS

SUPOSITORIOS MIDY

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

DIVULGACIONES CIENTÍFICAS DE ACTUALIDAD

LA ESCARLATINA

POR

FEDERICO GONZÁLEZ DELEITO

Teniente coronel médico.

He aquí una enfermedad conocidísima de antiguo, pero sobre la que se viene trabajando mucho en estos últimos años para poner en claro multitud de problemas, sobre todo de etiología y patogenia, completamente desconocidos hasta hace poco y no demasiado conocidos hoy día.

¿Cuál es el germen de esta enfermedad? Hasta hace pocos años se afirmaba que no había logrado aislarse, al igual que ocurre con el del sarampión y el de la viruela, enfermedades con las que siempre formó grupo nosológico.

Pero ya el año 1895 un francés, A. Berge, habló por primera vez de la importancia del estreptococo en la etiología de esta enfermedad; después siguieron pensando en él numerosos clínicos y experimentadores, y sobre los hallazgos de espirilos o espiroquetas y de las inclusiones de Dohle dominó cada vez más la idea de una infección estreptocócica o condicionada por dicho germen en cuanto a su gravedad y posibles complicaciones. Así las cosas, los trabajos de Dochez y del matrimonio Dick han permitido afirmar a muchos que la escarlatina es una enfermedad infecciosa debida única y exclusivamente a una variedad de estreptococos hemolíticos, llamada por sus descubridores estreptococo escarlatinoso. Con esto se han iniciado o desarrollado una porción de trabajos para tratar, diagnosticar y vacunar a los niños contra esta temida enfermedad, temible por su extensión, por su malignidad y por las numerosas complicaciones a que puede dar lugar, algunas tan graves que acarrear la invalidez más o menos completa del enfermo, como son las endocarditis y las glomerulonefritis.

Hay que convenir en que al lado del germen existen otros factores etiológicos igualmente desconocidos. Por el pronto no tiene la difusión del sarampión; hay inmunidades congénitas cuya esencia desconocemos en absoluto; se trata de una enfermedad preferentemente infantil, como lo es la difteria y como lo son todas las que tienen su punto de partida en la faringe, tal vez porque al involucionar con la edad sus sistemas linfáticos, tan desarrollados en la niñez, restan facilidades al germen productor para desarrollarse e infectar el organismo. También, como las enfermedades cuyos gérmenes residen preferentemente en faringe, es más lenta y más tenaz en su difusión. Nadie ignora la tan conocida experiencia hecha impensadamente con los habitantes de las islas Faröer, que, libres de sarampión y de escarlatina, se vieron un día atacados por estas dos epidemias importadas por unos navegantes. Y todos recordamos haber leído que mientras la epidemia de sarampión

se agotó en unos meses y atacó al 99 por 100 de la población, sin respeto a la edad, la escarlatina tardó dos años en hacer su ciclo, no se difundió tanto al comienzo, atacó sólo al 78 por 100 de los habitantes y dejó libres precisamente a gentes de edad, mientras que no respetó apenas a los niños. Querer demostrar, como intentaron Lenard y Sandor, que la simpaticotomía era causa predisponente para la escarlatina, me parece un abuso de imaginaciones fogosas auxiliadas por casuísticas verdaderamente exiguas, con las que, como afirmaba Letamendi, se pueden demostrar las cosas más absurdas y contradictorias.

Que en la faringe de todos los niños que padecen escarlatina se encuentra el estreptococo hemolítico, es cosa fuera de duda. Las reservas hechas recientemente por Marcuse y Elkeles, quienes afirmaban faltaba en más de un sexto de los niños, se ha demostrado tenían por único fundamento defectos de técnica. Tomando exudados de faringe, amígdalas y fosas nasales, siempre se encuentra desde el primer día de la enfermedad y perdura hasta la convalecencia. Mas en que sea el único responsable no hay unanimidad perfecta. Para los americanos no cabe duda; pero los alemanes, y en general casi todos los europeos, piensan en simbiosis con virus filtrables o con otros gérmenes desconocidos hasta la fecha. Sin embargo, Birknahg, Ackermann y Allen han llevado a cabo recientemente experiencias que confirman las de Dick y parecen eliminar la posible intervención de virus filtrables. Tomaban mucosidades de la faringe, de las criptas amigdalinas y de las fosas nasales de los escarlatinosos y las emulsionaban en 5 c. c. de agua fisiológica. La mitad de esta emulsión se filtraba a través de un Berkefeld V; con la otra mitad hacían siembras en gelosa sangre. En las siembras siempre se encontró el hemolítico. Después tomaron una partida de conejos y otra de monos, que tenían un Dick negativo previamente controlado, y los inoculaban por mitades con la emulsión de las mucosidades sin filtrar y con las filtradas. Los primeros presentaron siempre, a las veinticuatro horas, una erupción escarlatiniforme, y a los quince días se habían transformado en Dick positivos; en cambio, los inoculados con la emulsión filtrada no presentaron síntoma ni alteración alguna. Los autores deducen de esta experiencia que debe eliminarse la posibilidad de una infección por virus filtrables.

Pero, por otra parte, es preciso reconocer que la individualidad del estreptococo escarlatinoso está muy mal definida hasta la fecha. Ni por los medios de cultivo, ni por la inoculación a los animales, ni por la inoculación intradérmica, según la técnica de Dold, se puede diferenciar este germen de los restantes estreptococos hemolíticos, ni aun siquiera de los piógenos. Tan sólo serológicamente, por ser aglutinados por el suero de los convalecientes, puede precisarse su individualidad.

Tampoco se han encontrado relaciones entre su presencia en la faringe de los niños que frecuentan

las escuelas de Berlín y la morbilidad por escarlatina en ellos ni en sus familiares (Linden). Y no habla mucho en pro de su intervención, como único germen de la enfermedad, el que, habiéndose comprobado en gran número de niños que se habían puesto en contacto con sus familiares después de pasar la enfermedad, que unos volvían sin haber perdido el hemolítico de sus fauces y otros libres en absoluto de hemolíticos, en las familias de los primeros siguió habiendo los mismos casos de escarlatina o quizá menos que en las de los segundos. Aunque Friedmann admite la posibilidad de errores o deficiencias en la investigación, es el caso que la prueba absoluta de la unicidad del germen no aparece, y conviene decir que, reconociendo la constante presencia del hemolítico en las fauces de los escarlatinosos, no se pueden sacar deducciones rotundas acerca de cuál sea el germen o los gérmenes causantes de esta enfermedad.

Como prueba especial de la especificidad del estreptococo hemolítico escarlatinoso se ha señalado la producción de la toxina de Dick. Inoculada esta toxina, producida exclusivamente por esta variedad del germen, a un individuo sano o a un animal de experimentación, provoca el brote de un exantema escarlatinoso y síntomas generales de infección. A lo que parece, esta erupción sería debida a una exotoxina del germen, exotoxina que sería responsable de los síntomas de los primeros días, mientras que las restantes complicaciones, incluso la glomerulonefritis, serían debidas a endotoxinas o al mismo germen. Parece ser que mientras, para provocar el exantema, sería indispensable la presencia del hemolítico escarlatinoso, para las otitis medias, artritis y demás complicaciones bastaría un estreptococo vulgar. Si estos estreptococos de las complicaciones son los mismos específicos que han perdido su poder hemolítico (sabido es que eso se consigue con facilidad en los medios de cultivo), o si son otros que pudieran encontrarse saprofiticamente en el organismo, es cosa que ignoramos.

Dick no sólo descubrió la toxina, dió, además, una reacción, parecida a la de Schick para la difteria, que, a su juicio, determinaría de un modo específico si un sujeto era o no apto para contraer la enfermedad. Inoculando intradérmicamente una cantidad de la toxina filtrada de este hemolítico, se observa en los sujetos no inmunes la presencia de una reacción en forma de pápula, mientras que en los inmunes no se produciría reacción alguna. Sin embargo, esta prueba no tiene el valor de la Schick, y no es raro ver escarlatinas en sujetos que se revelaron como Dick negativos, mientras que en familias en las que existe la enfermedad quedan indemnes los que demostraron tener Dick positivo.

Han querido algunos comprobar reacciones de Dick en embarazadas, pues nadie ignora la importancia de los estreptococos hemolíticos en la fiebre puerperal. El resultado fué completamente negativo. Bair y Cruickshank inocularon intradérmicamente

la toxina escarlatinoso a unas 600 embarazadas, encontrando un 22,5 por 100 de reacciones positivas. Pudieron seguir el curso del parto y puerperio en 500, y vieron que las infecciones puerperales se presentaron con igual frecuencia en las que habían dado reacción positiva y negativa. Esto parece demostrar que, no obstante sus afinidades biológicas, hay diferencias esenciales en la acción patógena de ambos gérmenes.

De antiguo venía utilizándose el suero antiestreptocócico corriente en el tratamiento de las escarlatinas. Dick y sus colaboradores pensaron en obtener un suero específico mediante la inoculación del germen de la enfermedad al caballo. En efecto, este suero parece haber dado resultados muy satisfactorios, sobre todo para combatir los síntomas iniciales de la enfermedad. En ocasiones su influencia ha sido salvadora. Mas hay que tener en cuenta la dosis y el modo de administración. Al principio se habló de 20 c. c., pero bien pronto demostraron los hechos que en las escarlatinas graves hay que recurrir a dosis más elevadas. El concentrar los sueros haciéndolos más activos tiene ciertos límites, pues parece ser que conforme van siendo menos fluidos se absorben peor, con lo que a la postre se pierde el tiempo, el dinero y no conseguimos nada. Utilizar grandes dosis que pueden llegar a 50 c. c. es incómodo, muy caro y además algo peligroso, pues en estos enfermos la enfermedad del suero es muy frecuente (más de un tercio de los casos), amén de que las grandes masas inyectadas en los músculos tampoco se absorben con la rapidez e igualdad que desearíamos y caemos en el mismo contratiempo que con las inyecciones de sueros concentrados. Speransky ideó hacer la inoculación por vía endolumbar fundándose en que el síndrome inicial de exantema y angina era debido a la acción de la exotoxina sobre el cerebro. Aunque la doctrina no se ha confirmado, los resultados fueron indudablemente mejores que con la inyección intramuscular, lo que Friedmann achaca a que se absorbía pronto y en su totalidad. Y reconociendo que la técnica endolumbar es más complicada, ha preconizado recientemente recurrir a la inyección intravenosa. Con ella se puede reducir la dosis de suero necesaria a 1/10, es decir, que bastarían de 2 a 3 c. c. en los casos de mediana gravedad y de 3 a 5 c. c. en los muy graves. Además la rapidez del efecto es mucho mayor, viéndose desaparecer los exantemas a las seis a ocho horas y, por último, se obtiene la considerable ventaja de reducir de un modo extraordinario el número de enfermedades de suero. Las prevenciones que hay que guardar son: 1.^a, no inyectar suero en esta forma a nadie que hubiera recibido antes otra inyección de suero equino, a menos que no se dé antes inyección desensibilizante; y 2.^a, no utilizar en forma alguna suero que contenga la más pequeña cantidad de fenol ni de tricresol para conservarse. Aunque con dosis tan escasas son verdaderamente mínimas las cantidades de antisépticos que se inyectan, sin embargo, hay individuos hipersensibles y podríamos encontrarlos sor-

Las dietas modernas amenudo carecen de minerales

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

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

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

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

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

JARABE de FELLOWS DE HIPOFOSFITOS.

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS A PETICION

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

ENFERMEDADES DEL HIGADO

y Síndromes dependientes de ellas:

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



La más COMPLETA y la UNICA medicación reuniendo las
OPOTERAPIAS HEPATICA Y BILIAR
con los COLAGOGOS más activos.

PANBILINE

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

ESTREÑIMIENTO y AUTOINTOXICACION INTESTINALES

Tratamiento Racional según los últimos trabajos científicos.

EXTRACTO de BILIS glicerinado y PANBILINE
SUPOSITORIO y ENEMA

RECTOPANBILINE

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

DE VENTA EN TODAS LAS FARMACIAS

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

— 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.—VILLAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO
El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la
TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

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

INMUNIDAD

DR. MARTÍN SALAZAR

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARÍS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS GRATIS

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

LA EXCITACIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO ESPASMA LOS BRONQUIOS Y CAUSA LA CRISIS DE ASMA. SI POR MEDIO DEL SUERO DE HECKEL, SE EXCITA EL GRAN SIMPÁTICO, LA ACCIÓN DEL NEUMOGÁSTRICO QUEDA ANIQUILADA Y EL ESPASMO CESA

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



Termoplasma

MARCA REGISTRADA

Gliceroplasma antiflogístico que genera calor

Muestras: LABORATORIOS DEL MEDITERRANEO. Apartado 26. CASTELLÓN

Bronquitis, Neumonías, Pleuresías, Congestión pulmonar, Apendicitis, Cólicos hepáticos y nefríticos, Adenitis.

EN TODA INFLAMACION Y CONTRA TODO DOLOR

prendidos por los síntomas de una intoxicación grave y aun mortal. La falta o escasez comercial de sueros desprovistos de antisépticos nos priva en la mayor parte de los casos de poder utilizar la inyección intravenosa.

Cuando no dispongamos de suero específico anti-escarlatinoso recurriremos a cualquier otro suero antiestreptocócico a sabiendas de que los resultados no han de ser tan brillantes y seguros como con aquél.

Si todos están conformes en que la erupción, la fiebre y el mal estado general desaparecen con la sueroterapia específica, no ocurre lo mismo en cuanto a las complicaciones. Se afirma que éstas ya no son debidas a la exotoxina. Según Friedmann, las glomerulonefritis se deberían a endotoxinas liberadas al destruirse los gérmenes y otras muchas serían debidas a estreptococos banales que encontrarían sensibilizado al organismo y adquirirían por ello virulencia de que antes carecían. Las afirmaciones entusiásticas de que si no se evitan, por lo menos se disminuyen en número y cantidad, no pueden aceptarse como buenas, pues son escasas las observaciones y corto el tiempo transcurrido desde que se utiliza la sueroterapia. En la escarlatina, como en todas las infecciones, hay ondas de gravedad de la dolencia en sí y ondas de frecuencia de complicaciones. A epidemias en las que apenas se observan, suceden con el transcurso de los años otras en las que, sin conocerse ni sospecharse la causa, las complicaciones se presentan en número extraordinario, sorprendiendo aquella generación de médicos que se habían hecho a la idea de su rareza. Piénsese lo que ocurre con la difteria. Así, pues, deducir de una epidemia, que a lo sumo tiene unos centenares de casos, cuál es el valor profiláctico de este suero es aventurado. Sólo se sabe que el suero curativo neutraliza una exotoxina, pero no se sabe si facilita o dificulta la formación y liberación de endotoxinas, ni si disminuye o aumenta la vulnerabilidad del organismo frente a los estreptococos de las complicaciones.

Además de curar se ha querido vacunar mediante la inoculación directa de la toxina. Antes se intentó la inmunización pasiva por suero curativo, utilizándose no sólo el de caballo, sino el obtenido de una variedad de cabras. La inmunidad pasiva se iniciaba en seguida y duraba pocas semanas. Después se fué a la inmunidad activa por toxinas gérmenes y por anatoxinas.

Isabolinski y Karpatschewskaja vacunaron 40.000 sujetos en el Instituto Smolenski. Los resultados publicados en el *Zeitschrift f. Immunitaf*, tomo LXVII, página 447, son muy interesantes. Vacunaron con una mezcla de 1.000 millones de estreptococos y 200 unidades cutáneas de toxina por centímetro cúbico. Hacían tres inyecciones con siete a ocho días de intervalo. La primera era de 0,2 a 0,5 c. c.; las siguientes se hacían con dosis dobles de la primera. Casi todos los vacunados tenían de cinco a diez años. Tuviron reacción local el 50 por 100 de los sujetos, pero sólo un 17 por 100 presentaron reacciones gene-

rales molestas. Estas últimas fueron más frecuentes en la primera inyección. En 1926, entre 1.685 niños vacunados, sólo hubo 11 casos de escarlatina no grave, y entre 1.600 no vacunados, y según los autores sometidos a las mismas circunstancias, hubo 56 atacados y 11 muertos. En 1927-28, entre 4.848 vacunados, hubo sólo 13 casos benignos, y entre 583 no vacunados, 10 casos, de ellos dos mortales. En 1929, los casos entre los no vacunados fueron cuatro veces superiores a los registrados entre los vacunados y las defunciones fueron nulas en estos últimos.

Futagi ha utilizado una anatoxina preparada por la adición de 0,4 de formalina a 100 c. c. de un filtrado de estreptococos erisipelatosos de cuatro días, calentado a 40° durante sesenta días, o a 45° durante treinta, y con él ha conseguido desensibilizar frente a la toxina de Dick a 84,5 por 100 de los niños tratados por esta anatoxina. Aun aplicada a dosis altas no ha provocado síntomas generales. El poder inmunizante de esta anatoxina le ha parecido algo menor que el de la toxina, pero en cambio no daba lugar a síntomas desagradables.

Pero las conclusiones a mi juicio más interesantes y que prueban que este asunto aún no está resuelto, ni mucho menos, son las obtenidas por Debré, Ramon y la señorita Petot, en un trabajo publicado en la *Revue d'Hygiene et de Medecine preventive*, en Diciembre de 1931. Dicen así:

1.^a Los resultados de inmunización contra la escarlatina valorados por la reacción de Dick son poco satisfactorios. De cada 100 sujetos Dick positivos antes de vacunarse, 35 lo siguieron siendo después y 65 se hicieron Dick negativos. Muchos de éstos perdieron su inmunidad a los pocos meses y volvieron a ser Dick positivos.

2.^a Es difícil apreciar el grado de protección conseguido con la anatoxina. Ninguno de los vacunados tuvo escarlatina en el tiempo de la observación, que osciló entre algunos meses y año y medio, y esto ocurrió lo mismo entre los que tenían reacción positiva como en los que reaccionaban negativamente. Además, es difícilísimo apreciar la influencia de las epidemias, dada la gran variabilidad que presentan.

3.^a Todas las vacunas que se utilizaron se soportaron bien. En casi todos, una pequeña reacción local en cada inyección, pero fueron raras y de escaso realce las reacciones generales.

4.^a Cuando se utilizan toxinas formoladas que no han perdido su toxicidad, y, por lo tanto, no deben estimarse como anatoxinas, hay fiebre, malestar general y exantema escarlatiniforme.

Vemos, por lo tanto, que los intentos de inmunización activa se encuentran en el período de los ensayos y no tienen la importancia y trascendencia que en la difteria.

Al descubrirse el germen de una enfermedad y conocer su asiento, disponemos ya de base firme para su profilaxis. Algunos alemanes se habían preguntado si valía la pena gastar cuanto se gastaba en desinfecciones hechas al tuntún, y con las que no se logra-

ba en lo más mínimo disminuir la morbilidad de sarampión, escarlatina, tos ferina y difteria. Los que creen en el dogma del estreptococo han hecho las siguientes observaciones:

El foco del contagio reside en la postboca y faringe de los enfermos. Es dudoso que las orinas sean contagiosas y desde luego parece afirmarse lo erróneo de la creencia en la contagiosidad de la piel y de las escamas o tiras de la misma que se desprenden de los convalecientes. En la piel sólo se encuentran estafilococos banales y nunca el estreptococo escarlatinoso. Por el contrario, se confirma el poder infectante de los objetos que rodean los enfermos: camas, ropas de cama, juguetes, etc., todo se encuentra contaminado de estreptococos hemolíticos, hasta el polvo del aire. Contrasta esto con lo que ocurre en la erisipela, infección debida también a otra variedad de estreptococos, en la que el germen apenas se encuentra más que en la placa erisipelatosa. Se comprueba, por lo tanto, la necesidad de una desinfección a fondo de la habitación del enfermo.

También es muy contagioso el pus de las complicaciones, en especial de las otitis.

¿Cuánto debe durar el aislamiento de aquél? Hasta hace pocos años se daba como regla general la cifra de seis semanas después de haber desaparecido la fiebre, fecha que coincidía con el término de la descaecación. Hoy se piensa sólo en el momento en que los niños dejan de tener estreptococos escarlatinosos en la faringe. Pero hay una dificultad enorme para hacer esta aseveración, y es la falta de medios para identificar el germen. Se admite la posibilidad de que con el tiempo vaya perdiendo virulencia y que incluso se transforme en un estreptococo gris (según la clasificación de Schottmueller), es decir, no hemolítico; pero no se tiene la seguridad de que esos estreptococos, al parecer banales, no sigan siendo los específicos y puedan, en determinadas condiciones biológicas, revertir a sus propiedades primitivas y originar contagios. De ahí la regla general que los bacteriólogos aceptan de no dar por «no contagioso» a ningún niño en cuya faringe, y sobre todo en sus amígdalas, se encuentren estreptococos. Las pruebas negativas han de ser tres consecutivas hechas con pocos días de intervalo. Desde luego, es preciso eliminar a los niños con supuraciones óticas debidas a estreptococos, y, por consiguiente, siempre aptos para infectar.

Mas en las salas de hospitales es muy difícil, si no imposible, el conseguir que los niños no sean portadores de estreptococos. A las seis y aun a las siete semanas hay muchos que los tienen, y como ya hemos dicho que este germen se encuentra diseminado en todos los objetos de las habitaciones, es fácil comprender que los niños no se desprenderán de ellos nunca, pues siempre tienen ocasión de adquirirlos de nuevo. En las casas particulares el problema es igualmente severo, pues aunque se haga una desinfección a fondo de la habitación, es difícil que ésta sea siempre lo suficientemente amplia para conservar al niño separado de sus hermanitos y para impedir que los

demás familiares no sirvan de vectores del contagio.

A fin de combatir esto se han adoptado dos medios: uno el desinfectar la faringe y fosas nasales con antisépticos poderosos, habiéndose dirigido la atención hacia el rivanol y sus sucedáneos en cualquier forma, especialmente en pastillas. El medio parece ser defectuoso y no dar siempre resultados apetecibles, pero al fin y al cabo, cuando no se dispone de otro, es siempre útil. El otro es el de recurrir a las llamadas «estaciones de aireación». Su objeto es sencillamente alejar a los niños de las salas de los hospitales y colocarlos en condiciones de higiene que les permita desprenderse con facilidad de sus estreptococos y, sobre todo, no estarlos readquiriendo continuamente. Estas estaciones se han ensayado sobre todo en Rusia. Para ingresar en ellas se exige que el niño no tenga fiebre, no presente complicaciones y haga dos semanas, como mínimo, que cesaran los síntomas generales. Desde luego, los resultados obtenidos con ellas han sido muy satisfactorios y valdría la pena de ensayarlas sobre todo para los niños de los asilos y grandes colectividades, descargando los enfermitos de las salas del hospital y llevándolos a pabellones instalados con medios de fortuna (grandes barracas bien caldeadas) a los alrededores de las poblaciones.

De todos modos, hay que señalar la importancia de conservar el aislamiento de las seis semanas como mínimo y hacerse cargo de que en ésta, como en todas las infecciones en las que el germen asienta en la faringe, es difícil hacer profilaxis porque siempre hemos de tropezar con la dificultad extrema de desinfectar al enfermo, suprema profilaxis de todas las infecciones, y porque siempre tropezamos con las atenuaciones y exaltaciones de la virulencia del germen productor, de cuyo mecanismo sabemos poco con certeza, siquiera dispongamos de muy manidos lugares comunes para explicarla, y que, en último término, es la que regula la contagiosidad o la inocuidad de enfermo de ayer y, por consecuencia, la probabilidad o no de que aparezca el enfermo de mañana.

INFORMACIÓN CIENTÍFICA DEL IX CONGRESO DE LA SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CIRUGÍA

MADRID-MARZO 1932

Aportaciones al tema 2.º:

Tratamiento de las supuraciones no tuberculosas del pulmón

POR

HOWARD LILIENTHAL (de Nueva York)

Adaptación directa del inglés exclusiva para EL SIGLO MEDICO

La clasificación más útil de los varios tipos patogénicos y de aspecto morfológico de las supuraciones pulmonares no tuberculosas es:

- 1.º Abscesos pulmonares bronquiogénicos (más o menos gangrenosos).
- 2.º Abscesos pulmonares metastáticos (secundarios a la infección de un infarto).

- 3.º Bronconeumonía supurada.
 4.º Bronconeumonía gangrenosa (una variedad de la bronconeumonía supurada).
 5.º Neumonitis intersticial.
 6.º Linfangitis supurada (una variedad de la neumonitis intersticial).

7.º Bronquiectasia supurada.

1.º *Abscesos pulmonares bronquiogénicos gangrenosos.*—Es la supuración que ve más frecuentemente el cirujano. Empieza como una bronconeumonía gangrenosa localizada, producida por aspiración de una partícula procedente de la boca o de la faringe infectada por organismos anaerobios. La fluidificación es rápida, y el tejido pulmonar gangrenoso, el exudado, las paredes del bronquio y los vasos sanguíneos forman un todo pultáceo, que es expulsado en la expectoración. Si la inflamación cesa, el pulmón se dilata y oblitera la cavidad, resultando una cura espontánea. Si la fluidificación y expectoración son retenidas, la cavidad es tapizada por tejido de granulación y no puede colapsarse, persistiendo una infección crónica por los organismos causantes de la gangrena. Si se asegura un buen desagüe, la cavidad puede tapizarse de epitelio, al mismo tiempo que se atenúan o desaparecen los gérmenes patógenos, aunque lo frecuente es que éstos, latentes, reaparezcan con frecuencia en los esputos putrefactos. Si las cavidades formadas por la gangrena son varias, en comunicación unas con otras, ocupando un gran volumen en torno de bronquios grandes que conservan en su andamiaje los vasos sanguíneos, se constituye el llamado por Sauerbruch—el *gitterlunge*, pulmón enrejado—pulmón en lechuga, pulmón en parrilla.

2.º *Abscesos pulmonares metastáticos.* Suelen ser debidos a microorganismos aerobios, aunque mezclados con frecuencia con anaerobios. Casi siempre son múltiples, rodeados de una zona de infarto hemorrágico. Las lesiones arteriales consisten en embolia e inflamación supurada de las paredes vasculares. Los bronquios no son inflamados como foco primario. Puede haber infarto de varios tipos: de una extensa área pulmonar por trombosis arterial; en neumonía lobar; en enfermedades cardíacas; en infecciones por gérmenes bucales, como en el tipo primero.

3.º *Bronconeumonía supurada.*—De ordinario producida por estreptococos.

4.º *Bronconeumonía gangrenosa.*—Similar a la precedente, y varían sólo los organismos que actúan, y son los anaerobios

5.º *Neumonitis intersticial*, o inflamación del tejido intersticial del pulmón en torno de los bronquios y de los vasos.—Puede conducir a la fibrosis pulmonar.

6.º *Linfangitis supurada del pulmón.*—Reconocida por franjas blanquecinas que caminan bajo la pleura en los septos interlobulares en torno de los bronquios y vasos sanguíneos, producida por extensión de una infección supurada del mediastino. Puede ser debida a la extensión de nódulos linfáticos, cervicales o del esófago.

7.º *Bronquiectasia supurada.*—Suele ser secundaria a la infección de los bronquios en la bronconeumonía supurada que destruye el tejido elástico del bronquio, a la cual se añaden conflictos mecánicos que dificultan el desagüe.

Organismos infecciosos.—Son muchos y de poca importancia desde el punto de vista operatorio; el estreptococo es más difícil de eliminar que el estafilococo o el neumococo; todo absceso pulmonar que dura más de una semana encierra posiblemente diversos agentes. Los de la boca complican el foco pulmonar, y suelen ser, a más de los externos comunes, espirochetos y bacterias gasógenas frecuentes en las gangrenas pulmonares.

Divide el tema en dos capítulos: abscesos y bronquiectasias supuradas.

ABSCEOS Y SU ORIGEN CLÍNICO

Habla de los traumatismos directos—de la infección llevada por la sangre (metástasis), como ocurre frecuentemente después de la incisión de forúnculos—, de la infección llevada por la linfa y de la llevada por el aire en cuerpos extraños a lo largo del árbol bronquial, en tonsilectomías, extracciones dentarias...; infecciones supuradas de los senos perinasales, divertículos del esófago, etc.; disfunciones de la sangre, del esófago, ataques epilépticos... Estos abscesos suelen no ser múltiples, mientras los producidos por vía sanguínea lo son. Un niño aspiró dos trozos de cáscara de nuez, transparentes a los rayos X: uno fué extraído por endoscopia, el otro fué encontrado en la autopsia en una localización inaccesible.

Reconocimiento del absceso pulmonar.—1.º La historia, los antecedentes, que son importantísimos. 2.º La temperatura, que debe tomarse siempre en el recto. 3.º La tos puede faltar hasta que el absceso intersticial llegue a un bronquio grande. 4.º Hay casos en que sólo el hedor característico, sin tos ni expectoración, indica la supuración pulmonar. 5.º Los signos físicos suelen faltar hasta un período avanzado. 6.º La radiografía, que debe hacerse siempre. A este método exploratorio concede el autor gran importancia y le dedica amplio espacio. 7.º La bronquioscopia es de gran valor, sobre todo para determinar la rama bronquial de donde procede el pus, o deducir, por la dislocación del bronquio examinado, cuando el foco no está abierto, la posición de la lesión. Los cuerpos extraños pueden ser extraídos. 8.º Una exploración que no debe hacerse si no está todo preparado para una intervención radical, es la punción de un absceso presumible. La punción va seguida de gran número de accidentes y ha sido causa de muchas muertes, aunque parezca inocua. Con punciones al parecer negativas, había un absceso pulmonar.

No todos los abscesos pulmonares requieren desagüe operatorio. Acaso la mayoría curan espontáneamente, sobre todo en los niños. Si no pasa así, pronto tienen tendencia a extenderse a los bronquios o a la pleura. No debe hablarse de abscesos pútridos o no pútridos, agudos o crónicos, para decidir una intervención quirúrgica o la inacción; los términos que deben ser tenidos en cuenta son: *progresivo, estacionario y regresivo*. La rapidez de la progresión y la virulencia de la sepsis que acompaña deben ser los factores determinantes en la decisión de operar. «Esto no quiere decir que todos los abscesos agudos deban ser tratados por la operación, sino que su desarrollo debe ser cuidadosamente vigilado para que no nos escape el momento. Es extraordinariamente raro que aconseje una operación de urgencia en un absceso de pocas semanas.» «Hay que considerar todos los factores, y operar o no, según el sentido común quirúrgico.» «De ordinario, el absceso del pulmón no exige una acción tan inmediata como una hernia estrangulada o una apendicitis aguda.» Pero es evidente que es preferible evacuar un absceso intersticial a que se abra en un bronquio. Si se evita que se conecte con una vía aérea, tiende a cerrar por la curación de sus paredes, mientras que el aire impide la coaptación de éstas.

Si los repetidos exámenes roentgenológicos y los síntomas indican retardo en el proceso o hasta su retrogresión, hay que posponer la operación, que puede llegar a ser innecesaria.

Tratamientos operatorios.—El *bronquioscópico*; que no debe ser continuado, a menos de un resultado muy pron-

to. El *neumotórax artificial*, que sólo puede hacerse durar, si hay gran mejoría, en el curso de una semana. Los casos de neumonitis intersticial supurada pueden ser observados durante largo tiempo para esperar que varios focos se fundan en uno o que la fibrosis cure el proceso. La neumonitis supurativa es más común en el lóbulo medio y tiene mayor tendencia a producir metástasis cerebrales que los abscesos con cavidad perfectamente formada. En la operación propiamente dicha recomienda la anestesia local, y si no, succión intratraqueal mientras dura la inconsciencia. Los abscesos son más frecuentes en la región torácica superior que en las demás.

La intervención, en su esencia, consiste en la resección de la costilla sobre el sitio inmediato al absceso, y abierta la pleura parietal, colocar unas gasas y una cubierta de caucho para que se establezcan adherencias en torno, aislando el campo operatorio del resto de la cavidad de la pleura, y establecidas éstas, a los cinco o seis días, penetrar en el absceso, primero, una cánula unida a una jeringa de aspiración, y si se encuentra pus, entrar tijeras cerradas que caminan a lo largo de aquélla para abrirlas al sacarlas, y después el dedo con el cual se explora la cavidad, y después se drena con tubos de goma y mejor con gasas empapadas en el suero antigangrenoso polivalente de Weinber, del Instituto Pasteur. Si no es seguro que la cavidad comunica con una rama bronquial, se hace respirar al enfermo manteniéndole cerradas boca y narices; un estoma bronquial permite la respiración por la herida de la toracotomía.

La fetidez suele desaparecer a los ocho o diez días. No se recomienda se cierre pronto la herida para que no se retenga el flujo y se extienda el proceso gangrenoso. Al mes, poco más o menos, suele quitarse el tubo. Con el dedo en la cavidad y haciendo que el enfermo tosa o haga fuerzas, puede juzgarse de las probabilidades de una rápida obliteración. No debe desesperar que la herida se abra alguna vez después de cerrada. Vuelve a colocarse el tubo. Si se epiteliza el conducto, se cierra con otra operación.

Si hay adherencias que ocluyen la pleura puede hacerse la operación en un tiempo.

En los casos de «pulmón enrejado» hay que destruir el forro o cubierta del absceso y poner en contacto sus paredes por suturas en planos, previa resección de varias costillas y aplastamiento consecutivo o por disección amplia de la pared del absceso, lo que puede obligar a resecar hasta un lóbulo entero.

En estas intervenciones hay que proceder con gran delicadeza para evitar hemorragias peligrosas—y combatir la tendencia quirúrgica natural a simplificar cavidades múltiples—, así como al rellenar de gasa no apretar tanto que se disloque el mediastino.

La embolia cerebral de aire es una complicación dramática. El aire entra en la vena abierta desde el bronquio y absorbido por una rama de la vena pulmonar es llevado al corazón izquierdo, donde busca el nivel más alto. Si la cabeza del enfermo está bastante más alta que sus pies, es más probable que suba directamente al cerebro por la carótida que si está a nivel más baja que el cuerpo. Este mecanismo, probado experimentalmente por Van Allen, hace que la primera condición para operar los abscesos pulmonares sea: que la cabeza del enfermo esté a nivel más bajo que sus caderas, posición que, sin embargo, favorece las embolias sépticas si entra en las venas material sucio.

Los síntomas de émbolo aéreo, shock repentino, pupilas dilatadas, convulsión con parálisis subsecuente y ceguera,

que raras veces es permanente si el enfermo vive, se atribuyen antes a shock pleural.

BRONQUIECTASIAS SUPURADAS

Puede ser afectado todo un lóbulo o varios. La lesión es más frecuente en los superiores y los adultos la sufren tres veces más que los niños. En la historia suele descubrirse anteriormente una operación en torno a la boca, después tos y expectoración fétida con o sin fiebre.

La operación puede haber sido en cualquier otro sitio del cuerpo. El aspecto radiológico es el de opacidades de líquidos y áreas transparentes circunscritas que son la luz de bronquios dilatados, en ángulo recto con la placa. El aceite yodado suele ayudar a la facilidad del diagnóstico por eso son útiles las radiografías tomadas en tres direcciones. La radiografía y la bronquioscopia controlan sus datos, porque se puede ver salir pus de un bronquio alto de un lóbulo que procede de la parte inferior de un lóbulo superior.

Cronicidad.—No son raras las remisiones de los signos y síntomas de la bronquiectasia supurada.

Signos clínicos.—Buen estado general, dedos en maza fetidez del aliento y expectoración de moco-pus fétido, en mayor cantidad de lo correspondiente a la lesión. El examen físico es descorazonador: no se suele encontrar nada característico.

Tratamiento.—Ante todo, la evacuación por postura, cada día; tratamiento bronquioscópico y acaso el neumotórax, que suele ser sólo una pérdida de tiempo. La sección del frénico me parece inútil.

Operaciones paliativas—Desagüe a través del tórax con formación de estoma bronquial y compresión por toracoplastia. No se puede prometer la curación; sólo cabe mejoría, determinando acaso la reducción a la décima parte del pus, que antes se expectoraba y disminuyendo su fetidez. La técnica operatoria es análoga a la descrita, y se suele practicar también en dos tiempos para crear adherencias en torno de la pleura que la aislen del resto de la cavidad pleurítica. La operación se continúa hasta que salga aire por el bronquio abierto. Algunas veces se producen neumotórax tenso que ponen en peligro la vida y obligan a extraer el aire de la pleura.

Procedimientos para obliterar el área bronquiectásica.—En el lóbulo superior suele crearse por fuera de la pleura parietal y dentro del periostio interno de las costillas primeras, un espacio de separación que se dilata paulatinamente por taponamiento con gasa en los primeros días y por una pelota de goma después, hasta rechazar el vértice pulmonar en el volumen de una naranja grande. Se respeta la integridad del pulmón, que queda deprimido. Algunas Sociedades de Seguros han aceptado enfermos así operados por el autor. Algunos enfermos han tenido empiemas si la pleura libre era herida en estas maniobras. Lo que ha requerido el desagüe ulterior.

Toracoplastia ulterior, según Sauerbruch, cuando un pulmón está muy atacado y el otro sano.—Puede esperarse un gran alivio con casi desaparición de los síntomas, y entre ellos la forma de mazo de los dedos.

Operaciones radicales.—Lobectomía. Resección de todo un lóbulo.

Lobectomía.—La precede la toracotomía intercostal amplia con retracción o resección de gran longitud de la costilla (alrededor de la 8.^a). Se aísla el lóbulo y su grueso pedículo es comprimido y ligado en secciones. Las ligaduras (de seda) se dejan largas, saliendo por el extremo posterior de la incisión. Estas ligaduras deben ser esmeradas porque

las hemorragias por escape vascular son frecuentes y trágicas. Con esta técnica se desarrolla fatalmente un empiema pútrido y fistula bronquial. En un caso, después de amplia incisión en el octavo espacio intercostal, frotó la pleura visceral y la parietal sobre los lóbulos sanos con gasa, y pintó después esta área con tintura de yodo, corriendo por completo el tórax. El foco de exudado formado, se evacuó y dos semanas después hizo la lobectomía con anestesia por inhalación. El enfermo se halla en convalecencia,

Estadísticas.—Resecciones, 40 con 25 muertes (62,5 por 100). En 27 casos se extirpó un lóbulo o parte de él con una mortalidad de 17 (63 por 100). En 13 la resección se hizo de un lóbulo adyacente con ocho muertes (60 por 100).

Aunque la estadística de las operaciones radicales parece desoladora, pero hay que tener presente que algunos pacientes que se hallaban moribundos en el momento de la operación están hoy *buenos*. En los tratamientos paliativos hay también mortalidad elevada, la mejoría es menor.

Como en los abscesos desarrollados la resolución espontánea es rarísima, esta operación, aun con su elevada mortalidad, sera la única solución.

RESUMEN

1. Esbozo de los procesos patológicos y terminología de las condiciones determinadas por ellos.
2. División de la cuestión en dos partes: Absceso y bronquiectasias supurativas, por más que después de un tiempo bastante considerable las dos afecciones coexisten.
3. Descripción de las formas clínicas para el empleo práctico del cirujano.
4. Origen clínico del absceso: a) traumatismos y otras causas mecánicas con infección subsecuente; b) infección directa.
5. Descubrimiento del absceso por los métodos clínicos; comprendidos la radiología, la broncoscopia, etc.
6. Tratamiento paliativo y curativo por diferentes operaciones quirúrgicas.
7. Elección de la operación conveniente a los casos.
8. Principios operatorios que deben observarse en los abscesos.
9. Bronquiectasia supurativa, tratamiento paliativo o resección.
10. Estadística personal de casos de resección del pulmón para bronquiectasia.
11. Opiniones sobre el estudio estadístico en la supuración pulmonar.

Aportaciones al tema 1.º:

Diagnóstico general de los tumores intrarraquídeos

POR EL

DR. L. BERIEL

Médico de los Hospitales de Lyon (Francia)

Adaptación castellana exclusiva
para EL SIGLO MEDICO, por el Dr. Victor Moet.

Es imposible comprender desde el punto de vista clínico los tumores intrarraquídeos, si antes no se tiene una idea clara de su naturaleza y particular modo de desarrollo. Aunque desearíamos mantenernos de un modo estricto dentro de los límites, ya de por sí bastante amplios, de nuestro tema, consideramos de todo punto indispensable resumir brevemente estas cuestiones anatómicas. Aunque estos tumores son en extremo variados, puede, sin

embargo, agruparse dentro de un limitado número de tipos principales.

Con el nombre de tumores intrarraquídeos se debe entender todas las neoplasias que de un modo o de otro se desarrollan en el interior del canal raquídeo. Puede tratarse, por lo tanto, de tumores primitivos o secundarios, de los cuales estos últimos suelen ser los menos interesantes para el cirujano aunque en algunas ocasiones puedan también ser motivo de intervenciones quirúrgicas.

Los tumores secundarios afectan el interior de los conductos raquídeos, invadiendo su luz a partir de las paredes óseas (cáncer del raquis, osteomas) o penetrando por los agujeros de conjugación a partir de neoplasias exteriores a la columna, bien sean musculares, abdominales o torácicas. Los tumores secundarios metastásicos intrarraquídeos son verdaderas rarezas, y, por lo tanto, podemos pasarlos en silencio.

Todos estos tumores secundarios encuentran en la duramadre una infranqueable barrera, resultando, por lo tanto, siempre, «extradurales».

Como ya indicábamos más arriba, esta forma de neoplasias intrarraquídeas rara vez interesan al cirujano, ya que a más de ser excepcionales, son incapaces de producir graves desórdenes vertebrales y tienen una malignidad muy atenuada.

Los «tumores primitivos» son infinitamente más importantes. Pueden desarrollarse a partir de todos los tejidos, de los elementos contenidos en el canal, dando lugar a lipomas y angiomas localizados generalmente por fuera de la duramadre, los cuales no son frecuentes, o a partir de tejidos dotados de una cierta actividad, como son las meninges de la medula y los filetes nerviosos, situándose entonces dentro del saco dural.

Los tumores primitivos de las meninges se desarrollan principalmente en la aracnoides o en la parte más profunda de la duramadre. En estos dos casos se forma un nódulo en los espacios infradurales, encontrándose, sin embargo, en el primero libre y en el segundo adherida a la cara interna de la duramadre. La distinción clínica entre estas dos variedades, aparte ser casi imposible, carece de interés, ya que sus indicaciones quirúrgicas son las mismas.

Los tumores meníngeos son los más interesantes y frecuentes y en ellos el tratamiento quirúrgico proporciona resultados muy felices. La evolución maligna de estas neoplasias es excepcional, siendo la regla que crezcan con una extraordinaria lentitud, pudiendo con facilidad transcurrir quince años antes que su volumen sea capaz de producir una compresión medular irreductible. Este volumen puede, sin embargo, llegar a ser considerable, principalmente a nivel de la cola de caballo.

Los tumores de los nervios pueden nacer sobre las raíces, en el interior del saco dural, bajo la forma de varios núcleos sobre diferentes filetes. Esto se ve frecuentemente a nivel de la cola de caballo, pero esta frecuencia no tiene otra justificación que simplemente la importancia y longitud de las raíces de la región caudal. Estos neuromas pueden coexistir con otros que se encontrarán a nivel de los nervios periféricos o de los nervios radiculares en el raquis, fuera del saco dural. Exceptuando el hecho de que son frecuentemente múltiples, tienen estos tumores sobre la medula las mismas consecuencias que los de las meninges.

«Los tumores primitivos de la medula» pueden presentarse bajo la forma de epitelomas o angiomas, pero habitualmente están derivados del propio tejido nervioso formando gliomas. Son masas difusas extendidas hacia el centro del eje espinal y formando, como los gliomas cerebrales,

cavidades que toman el aspecto siringomiélico. Otro carácter interesante es su extensión en logitud en el eje medular, del cual se exteriorizan algunas veces formando mamelones, en la superficie de la medula, lo cual tiene un grande interés porque puede complicar extraordinariamente el diagnóstico.

Los histólogos han reconocido de un modo unánime que todas estas formaciones tenían una textura comparable. Lo mismo se trate de tumores primitivos de las meninges de neoplasias de los nervios, los detalles microscópicos permiten referirlos generalmente al tipo de neurogliomas.

Sea cualesquiera su naturaleza, los tumores intrarraquídeos entrañan lesiones de las raíces y de la propia medula. Dos hechos, sin embargo, son los más importantes. En primer lugar, y prescindiendo de las invasiones cancerosas del canal, hay que señalar que estas formaciones se desarrollan con extraordinaria lentitud, y, en segundo término, que los tejidos nerviosos se acomodan mejor de lo que que pudiera creerse a esta vecindad patológica. En este punto conviene recordar igualmente por patología general, que el tejido óseo resiste mal a las presiones persistentes, dejándose de formar por ellas más fácilmente que los tejidos blandos. De este modo se observa el hecho, de apariencia paradójico, de ver dilatarse el canal raquídeo antes que la medula haya sufrido un aplastamiento irreparable.

Otro hecho que igualmente puede observarse en estos casos es el de neoplasias antiguas y muy voluminosas, más voluminosas aun en algunos casos que el calibre del canal normal, con un *mínimum* de signos medulares. Naturalmente que esta latencia no existe en todos los casos y que es relativa, pero, sin embargo, es siempre digna de tener en cuenta. Como corolario de este hecho, se ha comprobado que tumores pequeños producen a veces rápidamente trastornos graves. Lo que se explica, porque la actuación sobre la medula depende, en gran parte, de las acciones biológicas, sin guardar relación con la compresión material.

I.—BASES DEL DIAGNÓSTICO.

Los síntomas por los que se manifiestan estos tumores son siempre indirectos. Para estudiar el valor diagnóstico de estos signos es preciso distinguir, por una parte, las repercusiones radículomedulares y los datos proporcionados por la exploración, y por otra, el conjunto de manifestaciones en el curso del tiempo, o lo que es decir, la evolución clínica.

1.º *Síntomas radículomedulares.*—Dada su complejidad, no podemos extendernos en detalles acerca de estos signos. Una neoplasia desarrollada en el interior del canal puede actuar sobre las raíces o la medula o sobre ambas a la vez. Son más frecuentes los síntomas medulares aislados que los síntomas radiculares. En la medula lumbar, donde las formaciones radiculares son más numerosas, es habitual que se presenten mezclados ambos síntomas.

Los signos radiculares tienen importancia preciosa, sobre todo para el diagnóstico de la localización. Entre los tumores intrarraquídeos, son la mayoría de las veces trastornos objetivos de la sensibilidad, atroñas y modificaciones de los reflejos.

Las manifestaciones medulares propiamente dichas son más importantes para el asunto que nos ocupa, hasta el punto que es difícil pensar en una tumoración intrarraquídea mientras no existan repercusiones medulares.

En la mayoría de los casos la medula reacciona muy lentamente a este género de tumoraciones, siendo los trastornos motores caracterizados por pesadez en los movimientos, y más tarde, poco a poco, paraplejía con tendencia espasmódica, su manifestación clínica. La paraplejía sensitiva

no aparece, por lo general, hasta períodos mucho más tardíos, indicando ya graves trastornos del eje espinal. No es infrecuente el caso de ver evolucionar estos tumores durante quince o más años bajo el aspecto de una paraplejía espasmódica sin ninguna anestesia, siendo, por lo tanto, necesario habituarse a hacer el diagnóstico en la medida de lo posible, antes de la aparición de la paraplejía sensitiva confirmada. Es decir, que una de las distinciones más necesarias y difíciles será la de las enfermedades médicas con paraplejía espasmódica pura, particularmente las esclerosis medulares.

Como dato importante para el diagnóstico general de estas neoplasias debemos fijarnos particularmente en los trastornos de los reservorios. Puede afirmarse que son muy frecuentes, pero si se exceptúan las neoplasias lumbosacras y los períodos terminales de todos ellos, son siempre de sintomatología discreta. Como hecho práctico, aunque de explicación aún no clara, puede afirmarse que en las esclerosis se observa, sobre todo, el tipo de las «micciones imperiosas», mientras que en las tumoraciones que producen compresiones lentas se observa especialmente tendencia a la retención.

2.º *Signos de exploración.*—En los tumores del canal existen constantemente modificaciones de líquido cefalorraquídeo. Por lo general, son éstas tanto más marcadas cuanto más profundas sean las tumoraciones, aunque en ello no pueda fundarse, por su escasa claridad, ningún diagnóstico de profundidad.

Las modificaciones que se observan en éste se encuentran, sobre todo, en el sentido de un aumento de la albúmina y más raramente en una reacción celular. Puede, por lo tanto, decirse de una manera general, que no debe hacerse el diagnóstico de un tumor del canal, si no se encuentra un exceso de albúmina en el líquido de punción. Por lo general, este aumento alcanza hasta las cifras de 0,30 a 0,40, pudiendo, sin embargo, presentarse albuminosis de varios gramos. Estas grandes albuminosis, aunque no constantes, tienen un singular valor diagnóstico por ser muy propias, ya que no lo sean exclusivas, de estos tumores.

La comprobación por medio del manómetro de Queckens-tedt o cualquier otro de sus derivados, de un obstáculo en alguna parte del canal, permite efectuar inmediatamente un diagnóstico de tumor. Igual ocurrirá con las imágenes radiográficas obtenidas con lipiodol, las cuales tienen todavía mayor objetividad que las deducciones manométricas. Sin embargo, y sin querer disminuir en un ápice la importancia considerable de este examen, hemos de decir que en nuestro criterio no proporcionan un dato de valor absoluto como pudiera creerse a primera vista y que no debe efectuarse más que cuando hayan fracasado los otros métodos de exploración.

3.º *Signos deducidos de la evolución.*—El modo como se encadenan los síntomas, la fecha y relación de unos signos con otros, etc., tiene una importancia considerable. Por ejemplo, en un enfermo en el que se hubiera pensado en una tuberculosis raquídea, la evolución lentamente progresiva y muy antigua, deberá por este solo hecho llevar al diagnóstico de una tumoración. Tampoco podrá pensarse de un modo lógico en un mal de Pott, en un individuo que desde hace ocho o nueve años presenta signos de paraplejía espasmódica. En este sentido debemos llamar la atención sobre las aparentes curaciones y las evoluciones bruscasmente precipitadas.

Las curaciones aparentes son evidentemente raras, aunque no excepcionales. Un síndrome de compresión que ha evolucionado espontáneamente hacia la curación y que

ha reaparecido años más tarde, no parece hacer pensar en un tumor, que es una enfermedad habitualmente progresiva y no regresiva. Sin embargo, éste no es una exclusión justificada para el diagnóstico. Puede observarse este hecho en todas las neoplasias del canal, pero de modo más frecuente en los tumores de la cola de caballo.

En cuanto a las evoluciones bruscamente precipitadas, pueden observarse con bastante frecuencia. Puede tratarse de un tumor que ha tomado después de varios años de existencia una evolución maligna, convirtiéndose de este modo en una parálisis brusca la paraplejía ya existente. Más frecuentemente es la consecuencia de un accidente vascular, y en otros casos debido a la penetración secundaria de tumores malignos.

II. — DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

No podemos describir en detalle todas las diferenciaciones que hay que efectuar para el diagnóstico de un tumor intrarraquídeo. Para ello habría que pasar revista a todas las enfermedades que producen trastornos de la marcha, síndromes radicales o dolorosos. Hablaremos únicamente de los diagnósticos imperiosos y difíciles, como son los de la esclerosis en placas, el mal de Pott y los tumores del canal.

La «esclerosis en placas» es la enfermedad más difícil de distinguir, en la mayoría de los casos, de las compresiones por tumor.

Los casos más difíciles se refieren a los tumores de la región dorsal, ya que los de las regiones cervical y lumbar, con su repercusión importante sobre las raíces, no se prestan a confusión.

En estos casos el dato más importante para el diagnóstico lo proporciona la investigación atenta de la sensibilidad. Hemos dicho más arriba que en los tumores es tardía la anestesia; pero, sin embargo, suele ir precedida de hipoestésias y de anestésias, que van aumentando progresiva y lentamente, conservando un límite superior constante. En las esclerosis en placas las perturbaciones sensitivas no se manifiestan nunca objetivamente, al menos de una manera permanente o estable.

De un modo general, la clave del diagnóstico se encuentra en la investigación atenta del líquido cefalorraquídeo y de la permeabilidad del canal. El aumento de la albúmina no es suficiente dato para efectuar este diagnóstico diferencial, ya que en los brotes subagudos de la esclerosis en placas puede observarse albuminosis, y a veces, aunque raramente, una disociación albuminocitológica muy marcada.

Las pruebas que ponen de manifiesto un obstáculo en el canal raquídeo, tienen, por el contrario, una tal importancia que permiten por sí solas efectuar la distinción. Aunque no precisan la existencia del tumor, permiten excluir la esclerosis en placas.

El diagnóstico con el mal de Pott, a pesar de su aparente simplicidad, muchas veces se presenta desconcertante. Naturalmente que no se trata de los grandes síndromes quirúrgicos potticos, sino de esos otros cuadros, más frecuentes de lo que generalmente se cree, que pudiéramos llamar médicos y que se manifiestan solamente por síntomas de compresión medular. Por lo tanto, antes de efectuar un diagnóstico de compresión por tumor en un joven, es preciso pensar en una de estas formas, efectuando en consecuencia una inquisición lo más precisa posible de los antecedentes personales y hereditarios, empleando los métodos que la bacteriología pone a nuestra disposición, y por último, explorando el raquis con toda la minuciosidad posible. La misma exploración radiográfica puede inducir a errores con-

fundiendo un mal de Pott con un tumor por semejanza en las imágenes radiográficas. Los puntos dolorosos raquídeos, aun después de una exploración muy precisa, no permiten eliminar el diagnóstico de tumor, ya que, como sabemos, pueden éstos producir modificaciones sobre el esqueleto.

Después de todo este género de investigaciones, es frecuente que aún persista la indecisión diagnóstica, en cuyo caso debemos continuar en el diagnóstico de tumor para no caer jamás en el error de diagnosticar indebidamente un mal de Pott.

Diagnóstico de las variedades de tumores. Diagnóstico de los tumores intramedulares.—Aun suponiendo que haya podido llegarse a un diagnóstico de tumor intrarraquídeo, resulta en extremo difícil llevar más lejos la precisión diagnóstica.

Es prácticamente imposible efectuar el diagnóstico de una neoplasia benigna adherente a un cuerpo vertebral. Para los tumores malignos introducidos secundariamente por los agujeros de conjugación, pueden encontrarse algunas presunciones, explorando el abdomen y el tórax para investigar algún linfosarcoma profundo. Llamará frecuentemente la atención en estos casos la aparición rápida de una paraplejía después de un período de dolores violentos puros. Para los tumores de los nervios no existe otra indicación que la existencia de nódulos en los ramos periféricos.

Estudiando atentamente las radiografías podrá pensarse en quistes serosos o paquimeningitis. Más raramente se piensa en varices meníngeas, aneurismas, haciendo bolsa en el canal, quistes hidatídicos, etc., siendo casi siempre imposible precisar estas causas exactas.

Más importante que todo esto sería el poder precisar si el tumor está verdaderamente en el canal o en la misma medula. El diagnóstico de los tumores intramedulares debe cuanto antes ser precisado. Dos órdenes de hechos deben ser estudiados en este sentido: los signos radiculomédulares y los indicios deducidos de la exploración.

Los tumores intramedulares pueden agruparse desde el punto de vista del diagnóstico clínico en tres categorías diferentes. Los primeros se parecen a las siringomielias clásicas; otros dan signos de esta enfermedad, unidos a los de compresión medular, y en un tercer grupo tienen el aspecto de neoplasias intrarraquídeas simples.

Los primeros casos se definen fácilmente y pueden ser objeto de un diagnóstico en firme, aunque en algunas ocasiones pueden erróneamente ser confundidos con la siringomielia. Sin embargo, ciertos indicios de compresión (dolores violentos) y aun de compresión neoplásica (líquido con gran albuminosis y a veces xantocrómico; detención del lipiodol) pueden ser puestos en evidencia si se tiene el cuidado de investigarlos.

Los segundos son todavía de un diagnóstico relativamente sencillo porque reúnen claramente los signos de compresión y de siringomielia.

Los terceros son de un diagnóstico muy difícil. Plátese éste por la comprobación de trastornos dependientes de una afectación de la substancia gris medular. Ciertos tumores del canal pueden presentar irregularidades clínicas, pero por lo general el cuadro de compresión se fija y progresivamente se intensifica. Por el contrario, en los tumores intramedulares la sucesión de los síntomas es frecuentemente discordante.

Como último dato para subrayar las dificultades, a veces insuperables, del diagnóstico perfecto, hemos de señalar que existen tumores a la vez intra y extramedulares.

El diagnóstico exacto de la localización intramedular de los tumores resulta todavía a veces imposible, lo cual es par-

ticularmente lamentable dada la diferencia de gravedad pronóstica de los tumores del canal de los de la medula. La intervención en estos últimos es infinitamente más grave que en los primeros.

III.—EL DIAGNÓSTICO DEL ESTADO DE LA MEDULA SUBYACENTE EN LAS COMPRESIONES POR TUMOR

El diagnóstico de los tumores intramedulares no es, en resumen, más que un caso particular de diagnóstico anatómico. Sería muy de desear que el médico pudiera por medio de los signos clínicos darse cuenta del estado de la medula subyacente, ya que con ello podría llegarse al planteamiento de un pronóstico alejado. Han resultado, sin embargo, inútiles de una manera general los esfuerzos empleados en el sentido de aclarar esta cuestión.

En realidad esta cuestión no está actualmente planteada de la misma manera que antaño. Entonces aparecían las intervenciones quirúrgicas como una maniobra desesperada y podía pensarse que valorando el estado de la medula se precisarían sus indicaciones y contraindicaciones. Actualmente la intervención está indicada en todos los casos, y nos bastará con conocer en qué momento una medula comprimida se aproxima al límite de su tolerancia, con el fin de determinar el grado de urgencia de la intervención. Aun esta simple evaluación no es siempre posible.

He aquí las conclusiones generales que podemos dar para todos los casos:

1.^a Las diversas exploraciones, comprendidas las pruebas con el lipiodol, no proporcionan más que datos muy vagos y a veces erróneos.

2.^a Las condiciones de alteración íntima de la medula, en cuyo primer plano se encuentra el aplastamiento completo que es excepcional, tienen importancia. Por lo general la compresión mecánica representa un escaso papel, siendo los fenómenos inflamatorios o circulatorios los que intervienen, los cuales, cuando son lentos y moderados, dan lugar a una defensa bajo la forma de esclerosis. Y esta esclerosis se traduce clínicamente por la espasticidad pura.

3.^a No puede concederse un gran valor a aquella regla clínica que dice que la ausencia de anestesia medular es el índice de la resistencia de la medula. Por el contrario, la anestesia espinal intensa y bien constituida es un signo grave.

4.^a La aparición de la anestesia medular debe ser vigilada y descubierta en sus primeros estadios.

IV.—DIAGNÓSTICO DE LOS TUMORES DE LA COLA DE CABALLO

El diagnóstico de los tumores de la cola de caballo se fundamenta de una manera muy particular. A este nivel no hay más que raíces, encontrándonos, por lo tanto, en presencia de una patogenia puramente radicular. Hay que hacer, sin embargo, dos consideraciones de interés:

1.^a La distinción anatómica entre la región del cono y la región caudal propiamente dicha no puede conservarse de un modo estricto en lo que se refiere a estos tumores. Estos están frecuentemente localizados a nivel mismo del final de la medula, interesando el cono terminal al propio tiempo que el fascículo de raíces.

2.^a Ciertas particularidades anatómicas de los neurogliomas representan un importante papel en la repercusión sintomática. Pueden adquirir un gran volumen sin alterar notablemente las funciones del nervio de donde nacen, produciendo con más frecuencia trastornos comprimiendo las partes sanas vecinas.

Es muy difícil fijar de una manera dogmática el diag-

nóstico de estas neoplasias, precisamente porque escapan a toda regla. Las enfermedades con que pueden ser confundidas son muy numerosas y precisamente no medulares, sino las meningitis crónicas con o sin quistes serosos.

Dejando a un lado la exploración del raquis, los elementos de diagnóstico son el carácter de los dolores, las cualidades sintomatológicas, el examen del líquido cefalorraquídeo y la exploración del canal.

Los dolores tienen frecuentemente caracteres particulares. Aunque en algunos casos pueden faltar, lo general es que se presenten en determinadas épocas de la enfermedad, sin que pueda explicarse por ahora la razón de su aparición o desaparición. Deben distinguirse de los del mal de Pott y de los de las afecciones de las raíces. Los primeros presentan como carácter muy claro el ser calmados por el reposo prolongado en decúbito dorsal. Los de las radiculitis son espontáneos o se desencadenan por actos que aumentan bruscamente la tensión raquídea (tos, esfuerzos), o provocados por ciertas actitudes o movimientos que ejercen una tracción sobre las raíces. Los de los tumores de la cola de caballo pueden ser espontáneos; pero generalmente están provocados por movimientos o posiciones que varían en cada caso.

Por el predominio, evolución o distribución sobre el territorio de la cola de caballo, se caracterizan los síntomas por su solo carácter de ser desconcertantes. De este modo se ve, por ejemplo, un síndrome exclusivamente doloroso sin el menor signo objetivo, y con un líquido cefalorraquídeo xantocrómico, etc., de tal modo que pueda encontrarse un síndrome completo y simétrico.

El examen del líquido cefalorraquídeo proporciona resultados análogos a los que se observan en otras regiones del raquis. Sin embargo, la hiperalbuminosis puede ser enorme, acompañándose frecuentemente de coagulación espontánea. La leucocitosis es rara, y el Wassermann, negativo.

Por la exploración radiográfica con lipiodol no se pueden esperar resultados convincentes, ya que hay, como ya más atrás indicábamos, y aquí aumentadas todavía, muchas posibilidades de error.

El problema general del diagnóstico diferencial de estos tumores consiste en eliminar las causas no neoplásicas que pueden actuar sobre la región, y posteriormente distinguirle entre las diversas modalidades de neoplasias. En la práctica no se sigue jamás esta marcha en dos tiempos, ya que los tumores secundarios son frecuentemente fáciles de distinguir de una manera positiva, mientras que siempre persiste la duda, una vez eliminadas todas las causas posibles, entre los tumores primitivos de las raíces y ciertas enfermedades inflamatorias.

Los síndromes de origen traumático que intervienen con frecuencia en la patología caudal, son fácilmente reconocidos por la noción habitualmente evidente de su etiología. Igualmente se distinguen sin dificultad las enfermedades congénitas, como la espina bífida. Las llamadas sífilis bajas son fáciles de reconocer por los medios por todos conocidos. El grupo todavía mal determinado de las llamadas leptomeningitis no específicas, es de más delicada diferenciación, lo mismo sea difuso el proceso que determinando bolsas de meningitis enquistada. Sobre este asunto insistiremos dentro de un instante. La distinción con los tumores secundarios, cuando se trata de cánceres vertebrales, el diagnóstico es fácil. Cuando se trata de cánceres que han penetrado por el agujero de conjugación, la distinción es menos sencilla a causa de la ausencia de signos raquídeos claros. Sin embargo, la simetría del síndrome, la exis-

**Antiateromatoso.
Hipotensor.
Desclorurante.
Diuretico.
Modificador
de la endoarteria.
Modificador
mineralo-tejidular.**

MxA
13-14

MnA
7-8

GOTAS: en dosis de 10 à 25.
COMPRESOS: de 3 a 6 por día.
AMPOLLAS: 5 cc. intravenosas cada dos días.

Silicyl

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

Agente: PLANS-SINTAS Hijos, 136, Provenza, Barcelona. — Laboratorios CAMUSET, 18, rue Ernest Rousselle, Paris.

PYRÉTHANE

GOTAS

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

Poderoso Antineurálgico

Alimento fisiológico completo

VINO DE VIAL

Quina, carne, lacto-fosfato de cal.



Rigurosamente dosificado

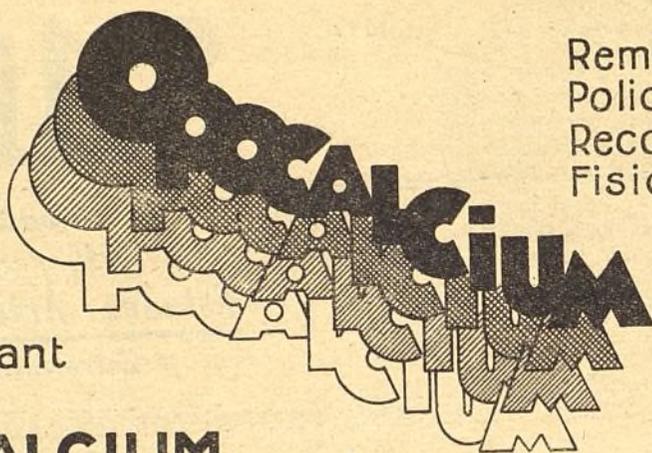
y asimilable, reúne todos los principios activos
del fosfato de cal, de la quina y de la carne.

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

De venta en todas las farmacias.

Depositario general para España:

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



Remineralización
Poliopoterapia
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

**2º OPOCALCIUM
IRRADIADO**

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado - Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado - Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV^o GAMBETTA. PARIS

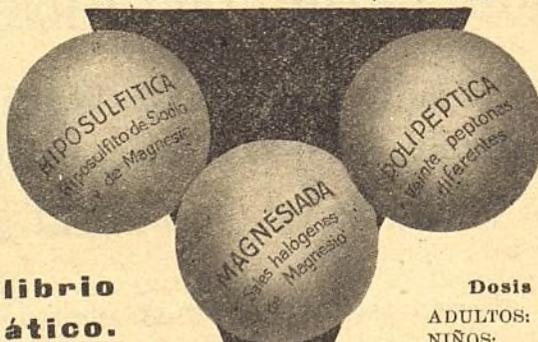
Depósito general en ESPAÑA: MIGUEL SOLER ELIAS - Diputación, 239 - BARCELONA

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine
RANSON
(ἀνά- CONTRA, κλάσις-SHOCK)
Asociación antianafiláctica polivalente



Restablece el equilibrio humoral y simpático.

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

Dosis para la fórmula granulada:

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

Dosis para la de comprimidos:

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

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

tencia de masas perirraquídeas neoplásicas y la evolución menos lenta son los tres datos principales que hablan en favor del cáncer de este género.

Hecha la distinción con todas las citadas enfermedades, aún resta por efectuar la más difícil, como es el diagnóstico diferencial, los tumores del canal, las leptomeningitis bajas y las enfermedades del cono.

El diagnóstico con los tumores, en teoría debería ser fácil, si bien en la práctica, y por la localización en el mismo cono de los neurogliomas, resulta en muchas ocasiones imposible de efectuar. En las leptomeningitis bajas la clave está en buscar los indicios de una enfermedad difusa y de una enfermedad inflamatoria de la región. La exploración con lipiodol, la evolución y los datos del líquido permitirán en algunos casos llegar a un diagnóstico de presunción.

Las enfermedades intrínsecas del cono terminal son las que hay que estudiar con más cuidado. Sus llamativos caracteres, la ausencia de dolores y de bloqueo del canal, la simetría de los síntomas con afectación constante del periné y de los órganos genitales, el comienzo brusco si se trata de una hematomielia o de reblandecimiento medular, la presencia de anestias térmicas disociadas si se trata de sirngomielia, etc., son otros tantos datos que hablan contra la existencia de tumor.

Los quistes serosos, que pertenecen al grupo de las meningitis bajas enquistadas, pueden distinguirse por algunos detalles; pero esta distinción carece de importancia, ya que las indicaciones quirúrgicas son las mismas.

En resumen: en los tumores de la cola de caballo debe eliminarse ante todo la sífilis, las enfermedades raquídeas y después, si se puede, las leptomeningitis y las enfermedades del cono. Si después de todo esto aún queda alguna duda, se procederá como si existiera el tumor y se procederá a la intervención quirúrgica.

28 Marzo 1932.

DE LA CÁTEDRA AUSTRIACA TERAPÉUTICA POR LA DIGITAL

El profesor K. F. Wenkebach, una gloria de la Facultad de Medicina de Viena, ha dado en el curso de perfeccionamiento para médicos recientemente celebrado en aquella población la siguiente magnífica conferencia, que publica nuestro colega el *Wiener Medizinische Wochenschrift*, en su número 10 del presente año:

La digital es una de las medicinas más famosas de nuestra farmacopea. Hace siglo y medio que ocupa a toda la clase médica y seguramente mucho más que muchos de los métodos más modernos de tratamiento. En todos los países y en todas las lenguas, los trabajos sobre la digital llenan nuestros archivos y nuestras revistas, pues tanto el práctico como el hombre de ciencia pura deben constantemente ocuparse del efecto de este remedio. Aplicada en el momento adecuado, en el caso apropiado y en la forma conveniente, puede obrar de manera maravillosa. No sólo el médico que empieza, sino el especialista ya viejo y experimentado, se admiran constantemente de los grandes éxitos que se logran con esta planta.

LA INDICACIÓN

La digital se encuentra indicada en todos los casos de insuficiencia cardíaca, esto es, en todos los casos en que la causa del estado patológico es la insuficiencia de la función de bomba del corazón. Esta afirmación es cierta,

cualquiera que sea la causa de la insuficiencia cardíaca. En estas dos proposiciones se encuentra compendiado todo el problema de la indicación de la digital. Parecen muy sencillas y comprensibles, pero se hallan muy lejos de ser aceptadas por todos. En todos los países que yo conozco, y en la gran mayoría de manuales y tratados, se incluyen muy considerables excepciones y se considera como casi dogmático que no se debe dar la digital en la hipertensión arterial, en la aortitis y en las enfermedades de las válvulas semilunares de la aorta, así como en el pulso lento, un dogma que significa la privación de un recurso curativo para el enfermo.

Hace cerca de veinte años tuve el honor de hablar de este tema con ocasión de una sesión anual de la British Med. Association en Londres. Lo que se me pedía era establecer una comparación entre el efecto experimental y las consecuencias clínicas de la digital. Las conclusiones de mi trabajo eran: «1. Dar a la digital en todos los casos una buena oportunidad. 2. Si yo tengo fama como médico eficaz en los casos de insuficiencia cardíaca, tengo que agradecerlo a la circunstancia que yo doy digital aun en aquellos casos en los que las autoridades y los libros de texto la prohíben.» Después de mi experiencia, frecuentemente hasta dramática, lograda en los dos últimos decenios, sigo siendo de la misma opinión, acaso en más alto grado.

DOSIS

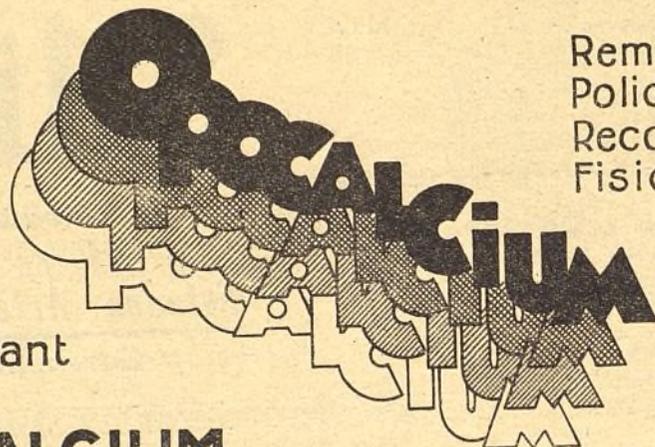
Es generalmente conocida la dificultad de una dosis adecuada y precisa de la digital, lo que ya hacen notar la mayoría de los autores, y de ello se lamentan. También se hace notar nuestro conocimiento deficiente del contenido exacto en sustancias activas en los diversos preparados de digital, particularmente en los cientos de preparados o específicos nuevos, y cada vez mejores, que llegan diariamente al mercado e inundan las mesas de los médicos. Cada nuevo producto es especialmente recomendado a causa de la precisión con que puede ser dosificado: una condición que se considera esencial para su empleo más correcto. Este conocimiento imperfecto no lo he considerado nunca como una verdadera dificultad; lo que es preciso es la observación diaria en cada caso para, del resultado conseguido con nuestro tratamiento, decidir lo que ha de alcanzarse y lo que debe prolongarse.

La dosificación más completa no podría evitarnos en ninguna ocasión ese imperativo categórico y esa nuestra gran responsabilidad. No quiero decir con esto que no sea apreciable al lado del enfermo un procedimiento exacto de dosificación; lo que quiero decir es que la falta de este conocimiento exacto del valor activo de un preparado de digital no debe impedirnos recetarlos hasta obtener un efecto apreciable. Según una antigua costumbre, he empleado las dosis grandes, medias y pequeñas, una diferenciación que no requiere especial esclarecimiento y puede llevarse a cabo con facilidad junto al enfermo. Lo único que puede exigirse es el establecimiento de una cierta unidad de droga que pueda utilizarse como base para nuestra dosificación. A mí me parece más sencillo y cómodo escoger una dosis pequeña, que puede darse aislada o repetida, a escoger una dosis grande, que puede dividirse en otras más pequeñas.

¿QUÉ CANTIDAD, DE QUÉ PREPARADO DE DIGITAL SE DEBE ESCOGER COMO UNIDAD?

Existen tantos preparados de digital como fabricas químicas que nos son recomendados con los más variados





Remineralización
Poliopotera
Reconstituyente
Fisiológico....

del Dr. Guersant

1º OPOCALCIUM

Sellos, Comprimidos, Granulados

**2º OPOCALCIUM
IRRADIADO**

Sellos, Comprimidos, Granulados

3º OPOCALCIUM

arseniado - Sellos

4º OPOCALCIUM

guayacolado - Sellos

LABORATORIOS A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, AV. GAMBETTA. PARIS

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

ANTIANAFILAXIA

CITOFILAXIA

PROFILAXIS ANTICANCEROSA

anacclasine
RANSON
(ἀνά = CONTRA, κλάσις = SHOCK)
Asociación antianaafiláctica polivalente



Restablece el equilibrio humoral y simpático.

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

Dosis para la fórmula granulada:

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

Dosis para la de comprimidos:

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

LABORATOIRES A. RANSON

DOCTOR EN FARMACIA

121, Avenue Gambetta, PARIS

tencia de
menos le
favor del
Hecha
aún resta
diferenci
y las enf
El dia
fácil, si b
mo cono
imposibl
está en
una enf
con lipio
en algun
Las e
que hay
racteres,
simetría
y de los
una hen
sencia d
gomiell
existenc
Los c
ningitis
detalles;
las indic
En r
eliminar
y despu
dades de
duda, se
derá a l
28 M

TE

El p
cultad
feccion
aquella
publica
chrift,
La
nuestra
la clase
de los
los paí
gital ll
tanto
consta
cada e
la form
sa. No
viejo y
grande

La
insufic
la cau
fuació

tencia de masas perirraquídeas neoplásicas y la evolución menos lenta son los tres datos principales que hablan en favor del cáncer de este género.

Hecha la distinción con todas las citadas enfermedades, aún resta por efectuar la más difícil, como es el diagnóstico diferencial, los tumores del canal, las leptomeningitis bajas y las enfermedades del cono.

El diagnóstico con los tumores, en teoría debería ser fácil, si bien en la práctica, y por la localización en el mismo cono de los neurogliomas, resulta en muchas ocasiones imposible de efectuar. En las leptomeningitis bajas la clave está en buscar los indicios de una enfermedad difusa y de una enfermedad inflamatoria de la región. La exploración con lipiodol, la evolución y los datos del líquido permitirán en algunos casos llegar a un diagnóstico de presunción.

Las enfermedades intrínsecas del cono terminal son las que hay que estudiar con más cuidado. Sus llamativos caracteres, la ausencia de dolores y de bloqueo del canal, la simetría de los síntomas con afectación constante del periné y de los órganos genitales, el comienzo brusco si se trata de una hematomielia o de reblandecimiento medular, la presencia de anestias térmicas disociadas si se trata de sirin-gomielia, etc., son otros tantos datos que hablan contra la existencia de tumor.

Los quistes serosos, que pertenecen al grupo de las meningitis bajas enquistadas, pueden distinguirse por algunos detalles; pero esta distinción carece de importancia, ya que las indicaciones quirúrgicas son las mismas.

En resumen: en los tumores de la cola de caballo debe eliminarse ante todo la sífilis, las enfermedades raquídeas y después, si se puede, las leptomeningitis y las enfermedades del cono. Si después de todo esto aún queda alguna duda, se procederá como si existiera el tumor y se procederá a la intervención quirúrgica.

28 Marzo 1932.

DE LA CÁTEDRA AUSTRIACA TERAPÉUTICA POR LA DIGITAL

El profesor K. F. Wenckebach, una gloria de la Facultad de Medicina de Viena, ha dado en el curso de perfeccionamiento para médicos recientemente celebrado en aquella población la siguiente magnífica conferencia, que publica nuestro colega el *Wiener Medizinische Wochenschrift*, en su número 10 del presente año:

La digital es una de las medicinas más famosas de nuestra farmacopea. Hace siglo y medio que ocupa a toda la clase médica y seguramente mucho más que muchos de los métodos más modernos de tratamiento. En todos los países y en todas las lenguas, los trabajos sobre la digital llenan nuestros archivos y nuestras revistas, pues tanto el práctico como el hombre de ciencia pura deben constantemente ocuparse del efecto de este remedio. Aplicada en el momento adecuado, en el caso apropiado y en la forma conveniente, puede obrar de manera maravillosa. No sólo el médico que empieza, sino el especialista ya viejo y experimentado, se admiran constantemente de los grandes éxitos que se logran con esta planta.

LA INDICACIÓN

La digital se encuentra indicada en todos los casos de insuficiencia cardíaca, esto es, en todos los casos en que la causa del estado patológico es la insuficiencia de la función de bomba del corazón. Esta afirmación es cierta,

cualquiera que sea la causa de la insuficiencia cardíaca. En estas dos proposiciones se encuentra compendiado todo el problema de la indicación de la digital. Parecen muy sencillas y comprensibles, pero se hallan muy lejos de ser aceptadas por todos. En todos los países que yo conozco, y en la gran mayoría de manuales y tratados, se incluyen muy considerables excepciones y se considera como casi dogmático que no se debe dar la digital en la hipertensión arterial, en la aortitis y en las enfermedades de las válvulas semilunares de la aorta, así como en el pulso lento, un dogma que significa la privación de un recurso curativo para el enfermo.

Hace cerca de veinte años tuve el honor de hablar de este tema con ocasión de una sesión anual de la British Med. Association en Londres. Lo que se me pedía era establecer una comparación entre el efecto experimental y las consecuencias clínicas de la digital. Las conclusiones de mi trabajo eran: «1. Dar a la digital en todos los casos una buena oportunidad. 2. Si yo tengo fama como médico eficaz en los casos de insuficiencia cardíaca, tengo que agradecerlo a la circunstancia que yo doy digital aun en aquellos casos en los que las autoridades y los libros de texto la prohíben.» Después de mi experiencia, frecuentemente hasta dramática, lograda en los dos últimos decenios, sigo siendo de la misma opinión, acaso en más alto grado.

DOSIS

Es generalmente conocida la dificultad de una dosis adecuada y precisa de la digital, lo que ya hacen notar la mayoría de los autores, y de ello se lamentan. También se hace notar nuestro conocimiento deficiente del contenido exacto en sustancias activas en los diversos preparados de digital, particularmente en los cientos de preparados o específicos nuevos, y cada vez mejores, que llegan diariamente al mercado e inundan las mesas de los médicos. Cada nuevo producto es especialmente recomendado a causa de la precisión con que puede ser dosificado: una condición que se considera esencial para su empleo más correcto. Este conocimiento imperfecto no lo he considerado nunca como una verdadera dificultad; lo que es preciso es la observación diaria en cada caso para, del resultado conseguido con nuestro tratamiento, decidir lo que ha de alcanzarse y lo que debe prolongarse.

La dosificación más completa no podría evitarnos en ninguna ocasión ese imperativo categórico y esa nuestra gran responsabilidad. No quiero decir con esto que no sea apreciable al lado del enfermo un procedimiento exacto de dosificación; lo que quiero decir es que la falta de este conocimiento exacto del valor activo de un preparado de digital no debe impedirnos recetarlos hasta obtener un efecto apreciable. Según una antigua costumbre, he empleado las dosis grandes, medias y pequeñas, una diferenciación que no requiere especial esclarecimiento y puede llevarse a cabo con facilidad junto al enfermo. Lo único que puede exigirse es el establecimiento de una cierta unidad de droga que pueda utilizarse como base para nuestra dosificación. A mí me parece más sencillo y cómodo escoger una dosis pequeña, que puede darse aislada o repetida, a escoger una dosis grande, que puede dividirse en otras más pequeñas.

¿QUÉ CANTIDAD, DE QUÉ PREPARADO DE DIGITAL SE DEBE ESCOGER COMO UNIDAD?

Existen tantos preparados de digital como fabricas químicas que nos son recomendados con los más variados



nombres y con las más prometedoras cualidades. Entre este número la elección es cada día más difícil y se crea un estado de verdadero peligro. El tratamiento por la digital es uno de los deberes más serios y más esenciales del médico práctico; exige gran atención, gran dosis de observación, el más celoso interés y la mayor experiencia. Una larga vida no basta para aprender lo suficiente sobre esta droga admirable. Si a estas dificultades quisiéramos añadir las que se derivan de hacer uso de esos preparados, se lograría sólo dispersar entre ellos nuestra experiencia. Estos fundamentos me obligaron a limitar en lo posible el empleo de tales específicos; de hecho hay sólo una forma de administración de esta substancia, de la cual me puedo manifestar satisfecho: el polvo titulado (dosificado) de las hojas secas de digital, obtenido de un origen digno de fe. La experiencia me ha hecho constantemente volver a las hojas cada vez que me he inclinado a hacer uso regular de otros preparados. Con esto no quiero decir que otros medios no sean aprovechables, sino que en lo posible nos fijemos en un medio y éste lo estudiemos en sus efectos.

En lo que se refiere a la unidad (unit) de la medicina empleada, diré que todos los preparados modernos de digital, según sus autores, están dosificados según un decigramo del polvo de las hojas. Si esto es así, ¿por qué no hemos de elegir nosotros esa misma unidad de la cantidad expresada de las hojas?

Es cierto que las hojas dosificadas pueden variar en su composición; pero es menos cierto que puede aceptarse que todas ellas poseen las substancias activas con las cuales la Naturaleza ha dotado a esta planta extraordinaria. Por otro lado, la mayor parte de los preparados de digital contienen sólo algunas de estas substancias. Esto puede utilizarse como ventaja. Hace mucho tiempo el farmacólogo Arturo Cushny, desgraciadamente ya fallecido, uno de los mejores conocedores de la digital, tuvo conmigo muchas conversaciones sobre si pudiera conseguirse la separación de las diversas substancias activas de la digital para luego agruparlas en diferentes combinaciones. Esto tendría como consecuencia el evitar, en ciertos casos, algunos efectos desagradables de la digital; por ejemplo, los producidos por la influencia sobre el vago, el pulso lento, la alteración sobre la capacidad de conducción, la influencia sobre la disminución del calibre de los vasos en las altas presiones, etc., etc. Este plan, sin embargo, no ha podido realizarse todavía y no parece que pueda llevarse a efecto en un porvenir próximo. Pero aun considerándolo factible, sería difícil escoger los casos en los cuales la combinación dada u ofrecida es precisamente la que debiera ser empleada. En la actualidad considero la mejor táctica administrar la digital con todos sus efectos y unirla a aquellos medios que actúan en contra de los efectos no apetecibles en el caso en que queremos utilizarla. De tales coadyuvantes hablaré después. En el estado actual de la ciencia prefiero administrar la digital primitiva en forma de las hojas pulverizadas dosificadas, como base de mi terapéutica de la digital, y acudir a las especialidades, sólo ante determinados casos muy definidos.

Uno de estos casos es cuando queremos conseguir un efecto inmediato en una necesidad apremiante: aquí son de gran utilidad las inyecciones subcutáneas o intravenosas. Esta forma de tratamiento, introducida por Alberto Traenkel, se ha desarrollado muchísimo en el curso del tiempo. Ahora es un medio terapéutico de valor reconocido, no sólo en los casos de urgencia, sino en aquellos

en los que el estómago rechaza la digital o en los que el paso de la sangre por el corazón está retardado por el éxtasis abdominal y el efecto de la administración por la boca está también retardado y disminuido.

No sólo se emplean los preparados de digital por vía intravenosa; ahora también se usan las substancias eficaces del estrofantó, estrofantina y ouabaina. Esta forma de tratamiento es imposible sin la más exacta dosificación. Sus efectos son instantáneos, con lo que se puede lograr una exactitud de la dosis.

La administración rectal en forma de microenemas o de supositorios ayuda en la misma categoría de casos en los que no es posible la administración por la boca.

ADYUVANTES EN EL TRATAMIENTO POR LA DIGITAL

Ya he hablado de la unión de la digital con las substancias activas que pueden, en ciertos aspectos, modificar el efecto de la digital. Una de tales modificadoras es la atropina, de la cual puede esperarse que su influencia puede disminuir la excitadora del vago que constituye uno de los efectos más fuertes de la digital. La atropina está indicada o, por lo menos, es recomendable en casos de bradicardia acentuada, cualquiera que sea su origen; además, donde hay o pueden temerse trastornos en la conducción. Debiera darse con el más atento cuidado y no sólo basándose en fundamentos teóricos. En este momento debemos mencionar también la cafeína en cuanto puede combatir una bradicardia existente.

En el tratamiento por la digital, los diuréticos son del mayor valor. La cafeína y las diversas tomas de la teobromina proporcionan los servicios más eficaces, como uno de los medios más valiosos; entre estos medios figura la eufilina en supositorios o en inyección intravenosa, que en los países de lengua alemana ha alcanzado gran renombre.

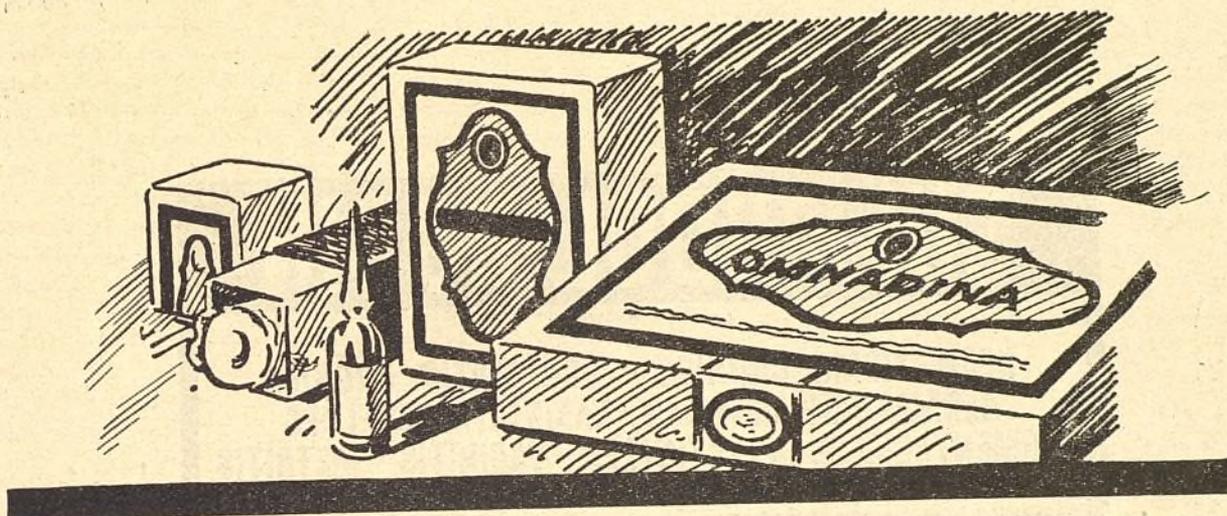
Los nuevos preparados mercuriales solubles, el novasurol y el saligán, han sido introducidos en la terapéutica por Paul Saxe (ayudante de la Primera Clínica Médica). El uso prudente de estas inyecciones en el momento adecuado y en la dosis conveniente representa acaso el mayor progreso en el tratamiento moderno de los enfermos cardíacos. La deshidratación del organismo así lograda aligera el aparato circulatorio recargado, disminuye la resistencia circulatoria, libera el corazón y los riñones de gran parte de su lastre, y abre así el camino para un mejor efecto de la digital.

La dieta es, como se comprende, un medio auxiliar inexcusable en la anasarca; esto es tan conocido que no debemos insistir en ello. La sangría es considerada en general como particularmente recomendable en casos de elevada presión arterial, y especialmente en los de repleción de los pulmones y del hígado. Es esencial hacer la toma de la sangre antes del principio del tratamiento por la digital; esto permite con frecuencia el uso de grandes cantidades de digital que si no podrían parecer peligrosas.

Las repetidas punciones de los miembros hinchados por el edema pueden determinar el mismo efecto, y en casos penosos puede ser éste el único medio para liberar el cuerpo de su carga. No por eso deja de ser una gran ventaja el que los medios antes citados, el novasurol y el saligán, permiten llegar al mismo resultado sin sangrias y sin sanguijuelas.

MEDIOS AUXILIARES PARA LA REGULACIÓN DEL RITMO CARDÍACO

Ya al principio de la investigación sobre la arritmia cardíaca, que hace treinta años abrió un nuevo ca-



En todas las enfermedades infecciosas se consigue una rápida movilización y exaltación de las defensas orgánicas por medio de la

OMNADINA

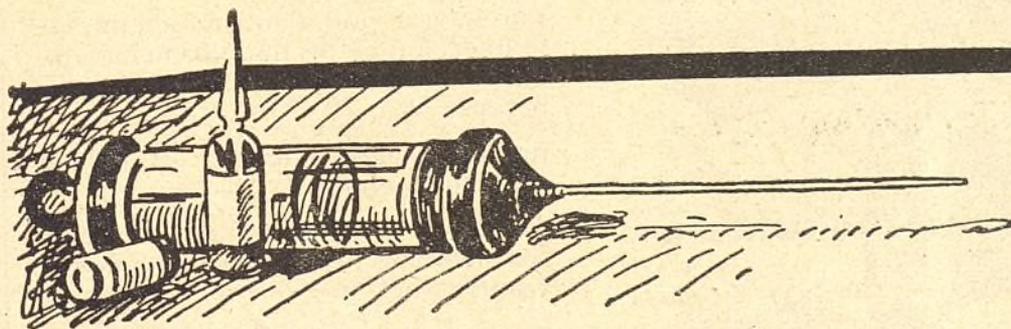
Plenovacuna no específica perfectamente tolerada.
La Omnadina no produce reacciones violentas.

OMNADINA

Caja de III y de XII ampollas de 2 cm

Envase original

Bayer-Meister-Lucius



LA QUÍMICA COMERCIAL Y FARMACÉUTICA, S. A.

Bayer-Meister-Lucius

Apartado 280 - BARCELONA

SULFOÏDOL ROBIN

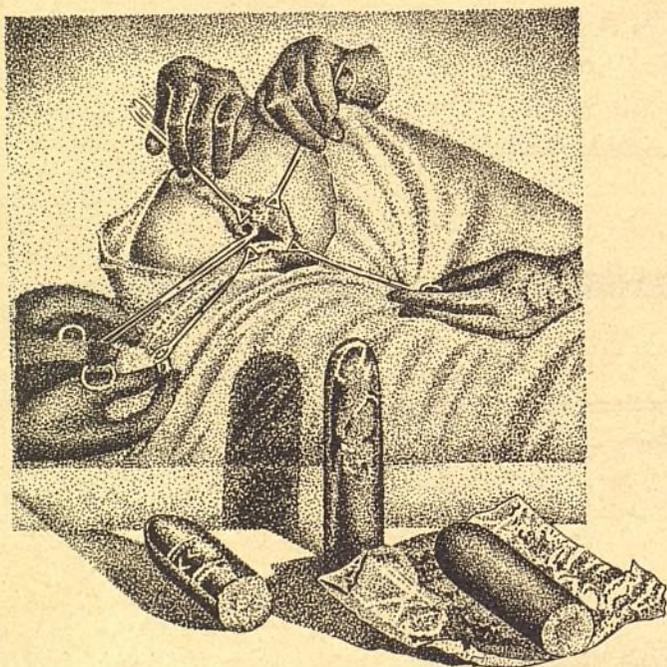
(Azufre coloidal)

**REUMATISMO CRÓNICO - BRONQUITIS CRÓNICA
DERMATOSIS ACNÉICAS - LARINGITIS REBELDES
FERMENTACIONES INTESTINALES - VAGINITIS - METRITIS**

GRANULADO y AMPOLLAS

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

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



ANUSOL -
Goedecke

A N U S O L

disminuye el catarro de la mucosa inflamada y ejerce una acción astringente sobre la superficie secretante,

por su gran poder antiséptico impide la infección de los nódulos hemorroidales y la formación de abscesos perirrectales,

provoca la granulación y estimula la reparación epitelial,

determina la resolución de los procesos flebíticos agudos, sub-agudos y crónicos del ano,

hace que la evacuación de las materias fecales no sea dolorosa, gracias al reblandecimiento que sufren las heces duras.

No mortifica los tejidos. No es tóxico.

GOEDECHE & CO., LEIPZIG, ALEMANIA

Para literatura y muestras gratuitas dirigirse a:
LABORATORIO Y COMERCIO SUBSTANCIA, S. A.
Apartado 410 Barcelona

pitulo d
yo en q
siderad
hasta e
tornan
deradas
diaca in
Esta op
aprovec
necesid
gularid
zón. Os
empíric
jor obra
ser cau
puede h
de la m
cular.
alcanto
ficiente

La c
como u
éxito. U
todavía
lenta a
heroica
ba: ten
mentad
Sufria
me dije
y como
aquel c
perime
mos al
sistoles
mostró
tan cla
tricin
basta
eficacia
efectos
esta dr
durade
en los
debilid

La
diaca
auricu
más fu
de la t
camino
la unie

COMEN
Dr.
Grá
El
el cam

(1) S
remid



pitulo de la Cardiología, coincidimos James Mackenzie y yo en que la mayoría de las arritmias no debían ser consideradas como señales de insuficiencia cardíaca como hasta entonces era aceptado. Por el contrario, como trastornan la acción de bomba del corazón deben ser consideradas como una causa importante de una actividad cardíaca insuficiente y con ella de alteraciones circulatorias. Esta opinión, ya reconocida generalmente, aunque no aprovechada de manera consecvente, me hizo sentir la necesidad de formas de tratamiento que dominaran la irregularidad y restablecieran el mecanismo normal del corazón. Oscilando entre unas consideraciones teóricas y otras empíricas, tuve que ensayar qué medicina era la que mejor obraba. La misma digital que en grandes dosis puede ser causa de extrasístoles regulares, en dosis pequeñas puede hacer desaparecer esta manifestación y puede ser de la mayor utilidad en la lucha contra la fibrilación auricular. Las «medicinas nerviosas», bromo, baldriana alcanfor y otros calmantes, proporcionan resultados insuficientes o transitorios.

La estrocinina, que en Inglaterra ha sido dada siempre como un precioso medicamento cardíaco, fué mi primer éxito. Uno de mis buenos amigos antiguos murió, cuando todavía no llegaba a los cincuenta años, de una muerte lenta a consecuencia de una insuficiencia aórtica. Soportó heroicamente su suerte; sin embargo, una cosa le alteraba: tenía un terrible pulso de Corrigan y se sentía atormentado en cuanto se le presentaban los extrasístoles. Sufría mucho por las ondas postcompensadoras, y un día me dijo que debiera avergonzarme como antiguo amigo y como profesor de Medicina por no poderle librar de aquel estado insoportable. Esto me impulsó a nuevos experimentos y ensayé la estrocinina, y vi que 2 miligramos al día hacían desaparecer inmediatamente los extrasístoles y cesar un estado de arritmia. Este medio se mostró en mi amigo eficaz hasta su final. Después de tan clara prueba experimental y clínica, he dado la estrocinina en millares de casos. Sin embargo, no siempre basta y parece que después de cierto tiempo pierde en eficacia. Luego, cuando pude apreciar los asombrosos efectos de la quinina, prescribí la estrocinina en unión con esta droga, y ciertamente con un resultado inmediato y duradero. Esta es todavía la combinación que yo prefiero en los casos de irregularidad extrasistólica sin marcada debilidad cardíaca.

La quinina es el gran regulador de la arritmia cardíaca de carácter extrasistólico, incluida la fibrilación auricular; en muchos casos, la quinidina tiene un efecto más fuerte. Es innecesario tratar aquí más extensamente de la terapéutica por la quinina porque ya ha hecho su camino por todo el mundo, y aquí sólo debo limitarme a la unión de la quinina con la digital.

(Continuará.)

BIBLIOGRAFIA (1)

COMENTARIOS DE LA TEORÍA DE LA RELATIVIDAD, por el Dr. Camilo Calleja. Un tomo de 235 páginas, 6 pesetas. Gráficas Reunidas, S. A. Hermosilla, 96, 1931.

El Dr. Camilo Calleja, personalidad muy distinguida en el campo de la ciencia, acaba de publicar un interesante vo-

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

lumen dedicado al estudio de la teoría de la relatividad de Einstein, la cual, como nadie ignora, es la última palabra en las avanzadas de la física matemática.

El Dr. Calleja, mentalidad excepcional, ha sabido hacer compatible en materia tan ardua el exacto cientifismo con la máxima claridad, razón por la cual esta obra es de gran interés y utilidad para todos aquellos, curiosos e interesados, que deseen penetrar asidos a buena mano en el campo tan sugestivo e interesante de estas cuestiones de alta ciencia matemática.

Por nuestra parte, no hemos de hacer más que enviar nuestra más sincera felicitación a la alta personalidad científica del profesor Calleja, y agradecerle el envío de su obra.

DR. T. B.

ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO, por E. Chabrol y M. Bariéty. Tomo VII de la Patología interna de Gilbert y Fournier. (Biblioteca del doctorado en Medicina) 708 páginas en 8.º, con 169 figuras y 107 láminas. Editado en castellano por la casa Salvat.

En este libro se ponen al día las enfermedades de la boca, de la faringe, del esófago y del intestino, con claridad y con profusión de importantes detalles, que hacen que la obra preste un buen servicio a los estudiantes y a los médicos que deseen conocer con relativa amplitud la patología del tubo digestivo. Los grabados ayudan verdaderamente a la comprensión del texto, y las láminas, de las que 104 son radiografías, están claras y pueden considerarse como muy demostrativas.

No hay modo de hacer aquí una síntesis del libro ni de alguno de sus capítulos con referencia a los demás, ya que todos se hallan bien desarrollados y tienen idéntico sabor práctico. De entre las muchas obras que acerca de la enfermedad de los órganos digestivos se han publicado en los últimos años, es ésta una de las que más pueden contribuir al conocimiento de dichas afecciones, y creemos dar un buen consejo recomendándola

GONZÁLEZ CAMPO

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Leadití, Lepine y Vaisman. ¿ES CIERTO QUE EL VIRUS SIFILÍTICO INVADE RÁPIDAMENTE LOS GANGLIOS LINFÁTICOS TRIBUTARIOS DEL PUNTO DE INOCULACIÓN?— Comienzan los autores recordando, que la velocidad de propagación del virus sifilítico en el organismo ha venido preocupando la atención de los investigadores, sobre todo desde que se ha logrado la prueba experimental de la eficacia profiláctica de las pomadas antisépticas aplicadas localmente. De ser cierto, como pretenden Kolle y Elsa Everst, que el virus sifilítico abandona en algunos escasos minutos la puerta de entrada para propagarse por todo el organismo, toda intervención local estaría condenada a fracasos frecuentes cuando no constantes.

Los autores han repetido las experiencias de Neisser y de sus colaboradores y de Kolle y Everst, las cuales han consistido en inocular el virus por vía escrotal a conejos, y determinar la velocidad de la dispersión por el examen de la virulencia de los ganglios linfáticos tributarios del punto de inoculación. Ha resultado imposible poner de manifiesto

el virus sífilítico en los ganglios inguinales y poplíteos excindidos en los diez, treinta y sesenta minutos después de la escarificación infectante o del injerto subescrotal. De esto se deduce que la dispersión rápida, instantánea, como admítan algunos, es por lo menos un hecho excepcional.

Esta dispersión no podrá, por lo tanto, ser manejada como argumento contra la eficacia de los procedimientos de profilaxis local. (*Bull. de la Soc. de Se. Apli.*, 14 de Enero de 1932).—TOMÉ BONA.

M. Flamini. LAS VITAMINAS LIPOSOLUBLES (A Y D) EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES DE LOS NIÑOS. — Las investigaciones experimentales han demostrado que la avitaminosis A trae consigo modificaciones en la estructura de los epitelios de las vías respiratorias y una disminución de las resistencias orgánicas frente a los gérmenes infecciosos, debida tal vez a los trastornos de hipofunción del sistema endocrino y al cambio de estructura de las mucosas. Por otra parte, la vitamina D parece dotada de un poder tónico sobre los vasos análogo al de la adrenalina y de una acción excitante sobre todo el sistema simpático. En su vista, el autor decidió ensayar el uso de ambas vitaminas en algunas infecciones de los niños, sirviéndose para ello del aceite de hígado de bacalao concentrado, rico, como se sabe, en ambas vitaminas.

Los enfermos en que ensayó fueron niños atacados de otitis media por neumococos, tonsilitis, bronquitis capilares, bronconeumonías, gripe, cistitis, enterocolitis y septicemias, y, al parecer, siempre se obtuvo buen éxito.

Deduce de ello el autor que el empleo de ambas vitaminas en dosis muy elevadas es particularmente favorable en todas las infecciones de los niños de pecho y durante los primeros años de su vida. La mejoría de los síntomas locales la explica por los efectos de la vitamina A sobre los epitelios de las mucosas inflamadas, cuya vitalidad y poder defensivo estimula en alto grado. También se debería a la vitamina A el descenso de la temperatura y la mejoría de los síntomas generales de la infección. A la cuenta de la vitamina D van la vuelta a la normalidad de la presión sanguínea y del pulso y el estímulo del crecimiento y desarrollo del niño durante la convalecencia. (*La Pediatría*, 1 de Diciembre de 1931).—F. G. D.

Jordán Eller y Fox. UN CASO MORTAL DE IÓDIDE CUTÁNEA.—Trátase de un hombre de treinta y un años que desde hace muchos tomaba diariamente un gramo de yoduro potásico y que en los últimos meses llegó a tomar la dosis de 4 gramos. En este individuo apareció una erupción generalizada de pápulas y de nódulos cutáneos que no tardaron en hacerse vegetantes. El estado general fué agravándose, apareciendo en la orina albúmina y sangre, presentando delirio y coma, al cual siguió la muerte en un espacio de dos meses por una bronconeumonía intercurrente.

La orina, la piel y los riñones contenían yoduro. Aparte las lesiones de bronconeumonía localizadas en los dos lóbulos inferiores, la autopsia no mostraba ninguna alteración visceral ni del sistema ganglionar linfático. (*Arch. of Derm. and Syph.*, tomo XXIV, núm. 1).—TOMÉ BONA.

A. Signa. ETIOLOGÍA DE LAS BRONCONEUMONÍAS INFANTILES Y RELACIONES ENTRE GERMEN Y CURSO CLÍNICO.—He aquí las conclusiones de este trabajo:

1.^a En 25 casos, de 35 examinados, las bronconeumonías infantiles eran debidas a un solo germen. En los 10 restantes colaboraron dos o más.

2.^a El germen que con más frecuencia se encontró, tanto en las bronconeumonías gripales como en las consecutivas a otras infecciones, fué el neumococo de Fraenkel (en 21 casos), siguiéndole en orden de frecuencia el bacilo de Pfeiffer (en 13 casos) y el diplococo catarral (en seis casos).

En las bronconeumonías gripales se encontró más veces el neumococo de Fraenkel que el bacilo de Pfeiffer. Por otra parte, este último germen se vió con frecuencia en niños con bronconeumonías consecutivas a sarampión y a tifoidea.

3.^a No se han encontrado diferencias cualitativas ni cuantitativas entre los gérmenes productores de las bronconeumonías gripales y los que dan lugar a las secundarias.

4.^a Las bronconeumonías debidas al bacilo de Pfeiffer fueron siempre las más graves, lo mismo en casos de gripe que de sarampión o tifoidea, distinguiéndose, en cambio, por su mayor benignidad las producidas por el neumococo de Fraenkel. (*La Pediatría*, 1 de Enero de 1932).—F. G. D.

R. F. Vaccarezza, A. J. Vaccarezza y J. Peroncini. LA FUNCIÓN GLUCORREGULADORA EN EL TÉTANOS.—La presencia muy frecuente de glucosuria en los tetánicos tratados por el suero glucosado isotónico (solución destinada a combatir los efectos de la deshidratación), nos llevó a la idea de estudiar las funciones glucorreguladoras de estos enfermos; cuestión importante, en especial por ser enfermos con contracturas y convulsiones.

Nuestro estudio se ha llevado sobre 22 tetánicos: cuatro sobreagudos generalizados, 15 agudos, cinco subagudos; 15 terminaron por muerte.

Hemos obtenido: hiperglucemia normal, 63,63 por 100; glucemia normal, 31,81 por 100; hipoglucemia, 4,54 por 100.

Considerando las variaciones de la glucemia y las formas clínicas de tetanos, puede decirse que había hiperglucemia en tres casos sobreagudos, y glucemia normal en uno de estos casos; entre los 15 casos agudos, nueve presentaron hiperglucemia, cinco glucemia normal y uno hipoglucemia. En los tres casos subagudos, dos con glucemia superior a la normal y con glucemia normal.

No parece se pueda establecer en los tetánicos relación entre glucemia y temperatura. Si en verdad algunos casos ofrecen cierto paralelismo entre las oscilaciones de la temperatura y las de la glucemia, no hay posibilidad de establecer relación de causa a efecto.

Pasando a las relaciones entre glucemia y gravedad de infección, vemos que entre siete que curaron, cinco presentaban al principio hiperglucemia ligera, uno glucemia normal y el último hipoglucemia. La muerte fué en nueve casos por el mismo tetanos; en seis por complicaciones. Entre los nueve casos de la primera categoría, seis hiperglucemia, tres normoglucemia.

Resultados que no nos permiten establecer relaciones claras entre pronóstico y cifra de glucemia en casos de tetanos. Ahora bien, las hiperglucemias elevadas aparecen más especialmente en las formas mortales; la ascensión progresiva de la glucemia nos parece de mal pronóstico.

Para evitar causas de error, ninguno de los enfermos estudiados recibieron adrenalina. (*Revue Sudaméricaine de Médecine et de Chirurgie*, París, Octubre 1931. Tomo II, número 10, pág. 977).—M. A. C.

DESPUES de los

RESFRIADOS

y la **GRIPE**

en la **convalecencia**

el **mejor** hipnótico y sedativo

el

QUADRO-NOX

Aplicación: 1/4-1/2-1/1 tableta.

En tabletas sueltas, precintadas, de 0,6 gramos.

Pídanse literatura y muestras a

A S T A Aktiengesellschaft,

Fábrica Química, BRACKWEDE, 128 (Alemania)

AGENTES:

JUAN MARTIN, S. A. F., Alcalá, 9.—MADRID

ANALISIS
 de orinas, esputos, leches,
 sangre, aguas, etc.
 Laboratorio del Dr. E. Ortega,
 sucesor del Dr. Calderón.
 Carretas, 14, Madrid.
 FUNDADO EN 1868.

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



Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 14 kilómetros de la cabeza de partido y a 34 de la capital, y a 14 de la estación de Mollerusa, que es la más próxima. Rfo.

—Por renuncia, la de médico titular de Valdeconcha (Guadalajara), partido judicial de Palencia, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 501; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 6; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 8 kilómetros de la cabeza de partido y a 53 de la capital. La estación más próxima, Anguix, a 7 kilómetros. Carretera. Rfo.

(Continúa en la página siguiente.)

NUEVOS PROGRESOS EN ELECTROLOGIA

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

15 DISTINTAS MODALIDADES ELECTROMEDICAS

ENTRE LOS MAS NOTABLES ofrece este nuevo invento el

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

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

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

OFRECEMOS LA MAS SOLIDA GARANTIA CON EL ENVIO A PRUEBA

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

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

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

MILES DE REFERENCIAS MEDICAS

Dirigir cartas, pedidos y remesas a la Central ELECTROMEDICA

LABORATORIOS. — Apartado de Correos 331, Sevilla.

La reacción en ambos casos ha comenzado ya en la conciencia del que cometió el desafuero.

Ich.

Peor que descansar definitivamente en la fosa es el estar largo tiempo asomado a su borde.

Ich.

punto único en que viven; en los demás puntos son ciegos e incapaces.

Ich.

Al pueblo hay que prometerle algo

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

más concreto y menos lejano que el paraíso.

Manuel Bueno.

La fortuna no cambia a los hombres; los desenmascara.

Taine.

Los avaros acumulan para hacer reír a sus herederos.

J. Sandeus.

No te fies del título de los libros, ni menos de los prólogos para juzgar su

ANTIPHLOGISTINE

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

contenido. Ambas cosas son el producto de una rebusca del autor para engañar al creyente y lograr éxito en el mercado.

Los libros debieran reducirse a sus epílogos.

Ich.

¿Qué debemos agradecer más al Perú, el oro que nos trajimos al descubrirle, la quina que aprovechó a nuestra salud, o las patatas que nos proporcionó para la alimentación de los pobres? Me que do con Parmentier.

Ich.

Diálogo de actualidad:
Yo no creo en Dios porque no le he visto, y porque no le debo nada.

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

—¿Que no le debe usted nada?
—¿Pues no está usted sobre dos pies?
—¿Le parece a usted poco milagro?

Ich.

Hay seres cuya vista moral está permanentemente enfocada para el infinito, y éstos es raro que acierten en las visiones de los actos de la vida ordinaria. Difícil es saber si estos tales son útiles

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.

Alcalá, 88. — Madrid.

o inútiles a sus semejantes; para saber lo sería necesario vivir con ellos en el

La ignorancia es madre de los errores

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

y nodriza de los vicios; el pecado prevalece más por su ignorancia.

San Isidoro de Sevilla.

El piano, estudio de costumbres domésticas y familiares, centro y foco de atracción, de afectos, fiestas y reuniones, no ha conocido ninguna testamentaria, ni importante ni modesta, en que no haya acabado por estorbar. ¡Pobre arpa de Bécquer! Cuando no se carcome en el salón inhabitado, va a aumentar los logros del chamarilero o a ser destrozada por alumnos torpes en alguna pensión de monjas o en algún internado de niños ruidosos.

Ich.

SARNA
Cúrase con SULFURETO CABALLERO

En el centenario de Champollion.

El día 4 de Marzo se cumplió el primer centenario de la muerte de Champollion el joven. Champollion funda en Francia la egiptología, que ilustran después Deveria, Mariette y Maspero. Gracias a Champollion leemos hoy los

SECCIÓN TERCERA

Del procedimiento de separación y de divorcio por mutuo disenso.

Art. 63. En los casos de separación o de divorcio por mutuo disenso, los cónyuges deberán comparecer ante el Juez competente, en la forma prevenida en el art. 49.

Art. 64. Se levantará acta de la comparecencia y de las manifestaciones hechas por los interesados.

Dentro de los tres días siguientes citará a nueva comparecencia a cada uno de los esposos, separadamente, e investigará, mediante un interrogatorio escrupuloso, la existencia de una auténtica y sincera voluntad de separación o de divorcio, e invitará a las partes a ratificarse.

Art. 65. Ratificados los cónyuges, el Juez decretará su separación y adoptará las disposiciones provisionales relativas a las personas y bienes de los mismos y de los hijos, y pensiones alimenticias en su caso, conforme a los convenios de los interesados que aprobare y, en su defecto, a tenor de lo dispuesto en el art. 44 de esta Ley. De todo ello se levantará acta, que será firmada por el Juez, por los cónyuges y por el actuario.

Art. 66. Si se hubiere pedido la separación, se decretará desde luego después de la ratificación.

En caso de haberse solicitado el divorcio, el Juez citará

a las partes a nueva comparecencia, seis meses después, para que manifiesten si persisten en su propósito de divorciarse.

Art. 67. Transcurridos los seis meses a que se refiere el artículo anterior, si los interesados se ratifican en su voluntad de divorciarse, se levantará acta circunstanciada de las manifestaciones hechas, que firmarán los cónyuges, y se les citará para nueva y última comparecencia seis meses más tarde. Si los cónyuges comparecen esta tercera y última vez y manifiestan su voluntad definitiva de divorciarse, el Juez decretará el divorcio por mutuo disenso y adoptará las medidas oportunas respecto de los hijos, del cónyuge, en su caso, y de los bienes, de acuerdo con las disposiciones de esta Ley.

Art. 68. La falta de asistencia sin justa causa a alguna de las comparecencias a que se refiere el artículo anterior se interpretará como desistimiento y producirá la nulidad de lo actuado.

Art. 69. Las sentencias firmes de divorcio se comunicarán de oficio al Registro civil en que conste la celebración del matrimonio y a aquel en que radiquen las inscripciones de nacimiento.

REGLAS TRANSITORIAS

1.ª Mientras no se modifiquen los Aranceles, los derechos que devenguen los Secretarios de los Juzgados, Au-

signos grabados en el obelisco de Lucisior.

El sabio francés vacía a la esfinge faraónica de su secreto.

El primer mérito de Champollion,

Contra las neuralgias aconsejamos ad CEREBRINO MANDRI

según M. Boreux, conservador del departamento egipcio del Louvre, fué el repudiar definitivamente la concepción errónea del simbolismo de los jeroglíficos, que había conducido a Clemente de Alejandría, ya en el siglo II; pero sobre todo al gramático griego Horapollon en el V, y un famoso padre jesuita en el XVII, interpretaciones tan fantásticas como diversas de la escritura egipcia.

El segundo mérito de Champollion fué el de haber adivinado que al ser la lengua copta, es decir, la lengua escrita en caracteres griegos, que se hablaba en Egipto desde el siglo III de nuestra Era, no era otra que la antigua lengua egipcia, y se confundía consiguientemente con la transcrita por la escritura jeroglífica de las épocas anteriores. Ya no había sino descubrir la lectura foné-

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

tica de estos jeroglíficos, que no eran símbolos, sino palabras.

¿Existiría un documento bilingüe que contuviera a la vez el texto jeroglífico y la traducción de éste en una lengua conocida?

Si. Ese documento fué «La Piedra de Roseta», que un oficial francés, el te-

niente de Ingenieros Bouchard, descubrió cerca de aquella ciudad.

«La Piedra de Roseta» — ha dicho Boreux—, que el British Museum conserva, es un bloque de basalto negro sobre el cual hay grabada una inscripción no en dos, sino en tres escrituras: jeroglíficos, demótica y griega. La lectura del último de estos tres textos reveló inmediatamente que se trataba de un decreto otorgado por los sacerdotes egipcios en favor de Ptolomeo V Epifane, en el año 196 antes de Jesucristo.

Se enumeraban en el decreto los ho-

STROPHANTUM

— PALLARÉS —

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

nos extraordinarios concedidos al rey en reconocimiento de los servicios que prestara a los templos de Egipto.

Champollion, estudiando estas inscripciones y compulsándolas más tarde con otras que provenían del templo de Abul Limbel, rompió los siete sellos del enigma egipcio.

La ciencia egiptológica nace de este descubrimiento anunciado por Champollion a la Academia de Inscripciones, en la célebre carta a M. Bercie. Nace y crece pronto, pues Champollion, que

“MALTOPOL”

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

muere a los cuarenta y dos años, deja ordenados ya los materiales para una gramática y un diccionario.

Champollion ensancha con su obra las perspectivas del mundo. La historia universal se enriquece, por los afanes del erudito, con un capítulo que multi-

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

plica, a la luz de otras ciencias, sus su gestiones.

Más de cien Sociedades científicas, en todos los países civilizados, rinden tributo a Champollion en el primer centenario de su muerte.

MUCHAS PERSONAS tienen gran dificultad para tragar obleas o píldoras medicinales o nutritivas, aun siendo de pequeño tamaño, y sin embargo tragan sin la menor dificultad trozos de pan o de otro alimento de mayores proporciones. Es que estas personas echan la cabeza hacia atrás al querer tragar un medicamento. Lo hacen instintivamente. Este movimiento no tiene otro resultado que el de restringir el esófago que conduce los alimentos al estómago. Es necesario, por el contrario, mantener la cabeza hacia adelante, conforme se hace para comer, y de este modo la píldora se deslizará naturalmente.

CATARROS. LOS JARABE MADARIAGA.
benzocinámico.

VARIAS NOTICIAS

NECROLOGÍAS

En San Sebastián ha fallecido don Nemesio Mendizábal. Reciban sus familiares nuestro sentido pésame.

diencias y Tribunal Supremo no podrán exceder de 200, 150 y 300 pesetas, respectivamente, estando en dichas cantidades incluidos los derechos de los Oficiales de Sala.

Los derechos que devenguen los Procuradores serán sólo de 175 pesetas en el Juzgado, 125 pesetas en la Audiencia y 200 pesetas en el Tribunal Supremo.

Durante la sustanciación del juicio en el Juzgado de primera instancia, se entenderá dividida la tramitación en dos periodos iguales, desde la demanda al recibimiento a prueba y desde este momento hasta la remisión de los autos a la Audiencia.

Si durante la tramitación del asunto en la Audiencia o en el Tribunal Supremo se desistiere del asunto o se reconciliaren los cónyuges, se devengarán por los Secretarios y por los Procuradores los derechos que marquen sus respectivos aranceles, siempre que no excedan de los antes fijados, que no podrán ser superados en ningún caso.

Los incidentes sólo darán derecho a percibir a los Secretarios y Procuradores la mitad de los que, por cada caso, marquen sus respectivos aranceles.

2.ª Podrá ejercitarse la acción de divorcio o de separación aunque el hecho en que se funde conforme a esta Ley se hubiere realizado antes de su promulgación.

3.ª Los cónyuges que al promulgarse esta Ley estuvieren separados temporalmente por sentencia firme a la que el Código civil reconozca efectos civiles, podrán pedir que

la separación se convierta en divorcio, conforme o lo dispuesto en el art. 39. Podrán pedir asimismo el divorcio por mutuo disenso o alegando justa causa, comprendida en el art. 3.º, aunque sea la misma que hubiese motivado la separación.

4.ª Las sentencias dictadas por los Tribunales eclesiásticos en pleitos de divorcio con anterioridad al Decreto del Gobierno de la República sobre esta materia de 4 de Noviembre de 1931 y que hayan obtenido en su día la oportuna validez civil, no necesitarán de nuevos requisitos para su total eficacia, siempre que el fallo hubiere sido de divorcio perpetuo o indefinido.

Las dictadas con posterioridad a dicho Decreto no producirán efectos civiles.

Los pleitos de divorcio fallados por los Tribunales eclesiásticos con posterioridad a la fecha indicada y antes de la vigencia de la presente Ley, para sufrir efectos, deberán ser sometidos a revisión del Tribunal civil competente, pudiendo estimarse por éste las causas consignadas en la presente Ley y decretarse el divorcio vincular que la misma establece.

Los Tribunales civiles podrán conceder valor y eficacia a las pruebas practicadas ante el Tribunal eclesiástico cuando a su juicio hayan mediado las debidas garantías para los litigantes.

Las pruebas practicadas en los pleitos pendientes ante

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.

— Por renuncia, la de médico titular de Campillo de Ranas y sus anejos Majaelrayo y El Vado (Guadalajara), partido judicial de Cogolludo, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 612; categoría 3.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 17; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 30 kilómetros de la cabeza de partido y a 55 de la capital. La estación más próxima, Humanes, a 33 kilómetros. Carretera. Río.

— Por renuncia, la de médico titular de Valdaracete (Madrid), partido judicial de Chinchón, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.480; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 65; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 22 kilómetros de la cabeza de partido y a 57 de la capital. La estación más próxima, Carabaña, a 7 kilómetros. Carretera. Río.

— Por renuncia, la de médico titular de Treviana y su anejo San Millán (Logroño), partido judicial de Haro, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.887; categoría 4.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 55; instancias hasta el 30 de Abril.

Observaciones. Concurso de antigüedad. Iguales, 9.000 pesetas.

Datos.—Villa a 56 kilómetros de la capital y a 15 de la cabeza de partido. Carretera. Río Ea.

— Por renuncia, la de médico titular de Huétor-Tajar (Granada), partido judicial de Loja, con el haber anual de

ALMORRANAS



Producto español a base Hamam-virg.^a. Esculus 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.

3.300 pesetas. Población, 3.765; categoría 1.^a; familias incluidas en la Beneficencia; 200; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otro titular.

Datos.—Villa a 43 kilómetros de la capital y a 8 de la cabeza de partido. Carretera. Río Genil. Ferrocarril.

— Por nueva creación, la de médico titular de Palomeque (Toledo), partido judicial de Illescas, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 321; categoría 5.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 8; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 10 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima, y a 40 de la capital. Carretera a 2 kilómetros. Río Guadarrama.

— Por excedencia, la de médico titular de Montroig (Tarragona), partido judicial de Reus, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.451; categoría 3.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 00; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 14,3 kilómetros de Reus y 26 de la capital, 9 de la estación de Cambrils y 7 de Ruidecañas, que son las más próximas. Carretera.

— Por nueva creación, la de médico titular de Guijuelo (Salamanca), partido judicial de Alba de Tormes, con el haber anual de 2.200 pesetas. Población, 2.168; categoría 3.^a; familias incluidas en la Beneficencia, 50; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay otra titular.

Datos.—Villa a 33 kilómetros de la cabeza de partido. Estación ferrocarril. Río.

(Continúa en la página siguiente.)

AGUA DE BETELU

Dama Iturri (Provincia Navarra).

Prototipo de aguas oligometálicas.

MUY APRECIADA POR SUS EXCELENTES PROPIEDADES DIURETICAS

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

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

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

✦ TRATAMIENTO EFICAZ ✦

REUMATISMO | ESQUIZOFRENIA

YODOVISAL | MANGAN-ARSENILO

Salicilato sosa. | Cacodilato de manganeso.
YODURO potasa. | Cacodilato de sosa.

Muestras y literatura:

D. FENOLLOSA
PAZ, 26 VALENCIA

JARABE de DIGITAL LABELONYE
EMPLADO CON EL MEJOR ÉXITO
 CONTRA LAS DIVERSAS
AFECCIONES del CORAZÓN, HIROPESIAS
TOSSES NERVOSAS, BRONQUITIS, ASMA, etc.

—Por nueva creación, la de médico titular de Cazoria (Jaén), con el haber anual de 3.300 pesetas. Población, 11.246; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. Hay dos titulares.

Datos.—Ciudad cabeza de partido, a 77 kilómetros de Jaén. Carretera. Río. Estación más próxima, Los Propios, a 30 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Zarza Capilla (Badajoz), partido judicial de Puebla de Alcocer, con el haber anual de 1.850 pesetas. Población, 1.954; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 100; instancias hasta el 2 de Mayo.

Observaciones.—Méritos.

Datos.—Villa a 20 kilómetros de la cabeza de partido y a 115 de la capital. La estación más próxima, Cabeza del Buey, a 11 kilómetros.

—Por renuncia, la de médico titular de Hellín (Isso) (Albacete), partido judicial de Hellín, con el haber anual de 3.750 pesetas. Población, 18.799; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 20; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Esta titular es para la pedanía de Isso, en donde hay otra. Antigüedad.

Datos.—Isso, aldea de 2.142 habitantes, a 5 kilómetros de Hellín. Carretera a 1 kilómetro. Río Mundo, a 5 kilómetros.

—De nueva creación, la de médico titular de Arcusa y sus anejos Castejón de Sobrarbe, Santa María de Buil y Sarsa de Surta (Huesca), partido judicial de Boltaña, con el haber anual de 1.650 pesetas. Población, 1.569; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 10; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Iguales de 3.000 a 4.000 pesetas anuales. Antigüedad.

Datos.—Lugar a 30 kilómetros de la cabeza de partido y a 75 de la capital. Estación más próxima, Barbastro, a 42 kilómetros.

—De nueva creación, la de médico titular de Benicarló (Castellón), partido judicial de Vinaroz, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 7.476; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 68; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Hay otra titular. Antigüedad.

Datos.—Ciudad, a 7 kilómetros de la cabeza de partido y a 71 de la capital. Carretera.

—Por excedencia, la de médico titular de Amer y su anejo Susqueda (Gerona), partido judicial de Gerona, con el haber anual de 3.300 pesetas. Población, 4.154; categoría 1.ª; familias incluidas en la Beneficencia y Guardia Civil 50; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos. Villa a 25 kilómetros de Gerona. Ferrocarril.

—El Ayuntamiento de Campillos (Málaga), partido judicial de Campillos, ha acordado proveer por oposición la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de según la categoría, vacante por jubilación, teniendo asignada la dotación de 2.750 pesetas anuales y 300 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 6.888 habitantes. Hay otra titular.

Tribunal: Presidente, D. Honorato Vidal Juárez, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. José Aguila Collantes y D. Carlos Tejada Alconchel, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, y secretario, D. Francisco San Martín Moreno, secretario del Ayuntamiento de Campillos.

Los aspirantes deberán dirigir sus instancias en papel de octava clase, al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Campillos.

Lo que se anuncia públicamente, a los efectos del art. 1.º del Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y normas 8.ª, 10, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 y 22 de la Real orden de 11 de Noviembre y circular de esta Dirección general de 19 de Diciembre del mismo año. (Gaceta del 2 de Abril.)

—El Ayuntamiento de Benafarces (Valladolid), partido judicial de Mota del Marqués, ha acordado proveer por oposición la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de quinta categoría, vacante por renuncia, teniendo asignada la dotación de 1.375 pesetas anuales y 10 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 398 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Francisco Bécares Fernández, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Julián Vara, jefe del Laboratorio del Instituto Provincial de Higiene; D. José María Marín, subdelegado de Medicina de Medina de Rioseco; D. Nicolás López Estébanez y D. Antonio Herrero Villalón, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Sieteiglesias de Trabancos y Villalón, respectivamente.

Secretario: D. Lorenzo Rodríguez Gato, secretario del Ayuntamiento de Benafarces. (Gaceta del 30 de Marzo.)

—Por jubilación, la de médico titular de Benloch (Castellón), partido judicial de Albocácer, con el haber anual de 1.750 pesetas. Población, 1.780; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 30; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad. *Datos.* Villa a 30 kilómetros de la cabeza de partido y a 32 de la capital, cuya estación y la de Torreblanca, a 12 kilómetros, son las más próximas. Carretera.

—De nueva creación, la de médico titular de Zapardiel de la Ribera (Ávila), partido judicial de Piedrahita, con el haber anual de 1.750 pesetas. Población, 971; categoría 4.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 18; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos. Lugar a 18 kilómetros de la cabeza de partido y a 66 de la capital, (Continúa en la página siguiente.)

Las enfermedades del

Estómago e Intestinos

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

ELIXIR ESTOMAOAL SAIZ DE CARLOS

(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Venta: Principales farmacias del mundo.



dad de ramas simpáticas que se distribuyen por ella y de la inmediata proximidad de la capa muscular del intestino sobre la cual repercuten de manera refleja los fenómenos que en la serosa se verifican.

La absorción de las toxinas explica la intensidad de los síntomas generales; la riqueza de la inervación simpática explica los fenómenos reflejos, tales como los dolores, el vómito y el hipo, y la proximidad a la musculosa del intestino se manifiesta por la parálisis de éste y algunas veces por los brotes de diarrea.

Se plantea el diagnóstico diferencial siempre que hay un síndrome semejante al cuadro clínico que hemos descrito. Los síntomas más destacados son los dolores abdominales, los vómitos y el estreñimiento. La importancia del dolor ha hecho que muchas veces haya habido dudas de diagnóstico y aun verdaderos errores con todas las formas de cólicos, con la estrangulación herniaria, con todas las formas de oclusión intestinal y con la rotura de un embarazo tubario.

Las enfermedades infecciosas que evolucionan con fiebre, aumento de la frecuencia del pulso y alteraciones de la cara, por tanto, en primer término, la fiebre tifoidea, han dado lugar excepcionalmente a algunos errores. Por excepción se presentan verdaderos síndromes peritoneales en algunas formas de alteración nerviosa, por ejemplo, en el histerismo. El tratamiento de las peritonitis generalizadas consiste en la intervención quirúrgica, que debe ser tan precoz como sea posible conseguir. En ningún caso está autorizado el retraso en la intervención ni el tratamiento de espera por medio del calor o del frío y del opio. Todos los cirujanos admiten en la actualidad este principio del tratamiento quirúrgico precoz.

Murphy ha sintetizado los postulados de este tratamiento de la manera siguiente: La intervención debe ser muy precoz y hacerse con anestesia local de preferencia a la general. La operación se llevará a cabo con la mayor rapidez posible sin perder el tiempo en la explicación intempestiva para averiguar la causa de peritonitis ni entretenerse en

la intervención es excelente en las formas localizadas, ocurriendo cerca del 85 por 100 de los enfermos cuando se hace la intervención precozmente. En cambio, en las formas generalizadas el resultado es muy deficiente.

La peritonitis gonocócica es más frecuente en la mujer que en el hombre, a consecuencia de la comunicación que tiene la cavidad peritoneal a través de la trompa con la cavidad del útero y de la vagina. Solamente por ser muy frecuente la oclusión de las trompas en los procesos gonocócicos femeninos es por lo que no se propaga sino pocas veces al peritoneo. En el hombre se produce, algunas veces, a consecuencia de una epididimitis blenorragica. Cuando se presenta en las niñas pequeñas a consecuencia de una vulvovaginitis blenorragica, el cuadro suele ser muy alarmante, puesto que se inicia con dolores intensos en el abdomen, fiebre elevada y cara peritoneal. Sin embargo, la evolución suele ser buena, y al cabo de unos días dichos síntomas han cedido. En la mujer adulta la evolución suele ser muy diferente; pocas veces se produce la peritonitis blenorragica como primera complicación de una vaginitis; lo corriente es que la enferma padezca ya una endometritis y, a veces, hasta una salpingitis, y que a consecuencia de los excesos genitales se propague la infección al peritoneo. Esto es lo bastante para que el proceso no sea casi nunca generalizado sino que se formen focos de pus y que la tendencia más corriente sea la de la producción de una pelviperitonitis plástica. El diagnóstico resulta algunas veces muy fastidioso de hacer, especialmente cuando se trata de niñas, en las que será de gran valor el examen atento de la vulva y de la vagina.

Broca ha llamado la atención sobre la gran cianosis de la cara que se presenta muchas veces en esta forma de enfermedad. En cuanto al tratamiento en los brotes agudos, que en las mujeres que hacen uso frecuente del coito suelen ocurrir, no está indicada intervención alguna sino el reposo y la quietud absoluta, conseguidos por el opio y la bolsa de hielo; pero la pelviperitonitis plástica, que es la consecuencia frecuente de dicho proceso, se tratará por la interven-

hacer lavados del peritoneo, sino colocando simplemente un grueso tubo de caucho que sirva de desagüe. Una vez terminada la operación, se colocará al enfermo en la posición de Fowler, que consiste en ponerle en posición muy cercana a la sentada para que el pus tienda a acumularse en la pelvis menor. Como procedimiento de desinfectar al enfermo, aconseja las inyecciones subcutáneas de suero fisiológico, administrando al mismo tiempo de uno a tres litros del mismo por vía rectal. Para combatir los accidentes que son la consecuencia de la parálisis gástrica se emplearán los lavados gástricos.

El pronóstico de la peritonitis purulenta generalizada es siempre muy sombrío, pero la intervención hecha según las normas precedentes ha proporcionado cerca del 70 por 100 de curaciones.

Merece descripción aparte desde el punto de vista clínico la peritonitis neumocócica. Se trata de un proceso frecuente en la infancia, más en las niñas que en los niños, y especialmente en las edades de los tres a los doce años. Unas veces la infección neumocócica del peritoneo es secundaria y otras veces es primitiva, pero sobre estos casos hemos advertido ya que pocas veces se podía afirmar que en efecto lo fuese.

La vía de transmisión de la enfermedad es sanguínea, pues aun en los casos de pleuresía neumocócica no se tienen datos para asegurar que se trate de una propagación a través del diafragma. Sin embargo, es curioso que siendo la neumococia una enfermedad tan frecuente, sea, en cambio, tan rara la peritonitis neumocócica, habiendo demostrado, sin embargo, Volhard que en las nefritis subagudas se presenta muchas veces para terminar la enfermedad. Esto hace pensar que el peritoneo dispone en general de defensas eficaces contra el neumococo y que solamente en los casos en que estas defensas fracasan es cuando se produce la infección peritoneal. Esta peritonitis suele tomar la forma enquistada, encontrándose el pus delante del paquete de asas intestinales y detrás de la región del ombligo. La cantidad de pus suele ser abundante, de tres a cuatro litros; es un

pus verdoso y espeso que se encuentra aislado del resto de la cavidad del peritoneo por unas falsas membranas gruesas.

Muchas veces este absceso, si no se le da salida convenientemente, se abre al exterior, sea por la piel, sea por intermedio de una viscera hueca, por ejemplo, de la vagina.

Clínicamente se manifiesta por un comienzo brusco, con elevación de la temperatura hasta 39° a 40°, dolor abdominal intenso, vómitos y diarreas abundantes y féetidas. Estos síntomas persisten durante algunos días, y el estado general se altera muy de prisa. El abdomen, que al principio se encontraba deprimido, se abomba luego y durante algunos días persisten estos síntomas. La percusión demuestra la existencia de líquido en el peritoneo, pero muchas veces no da resultados muy claros porque existe edema de la pared. Además, ya se comprende que cuando se sospeche la existencia de este proceso es inadmisibles que se realicen maniobras de exploración que puedan dar lugar a la rotura de las adherencias y a la difusión del pus. Al cabo de una semana los síntomas mejoran, pero queda una sensación de tensión abdominal; ya entonces se puede determinar por la exploración la existencia de una masa líquida subumbilical. El enfermo se desmejora rápidamente a consecuencia de los procesos sépticos, que no cesan sino cuando el pus se ha abierto camino al exterior.

Algunas veces esta abertura es insuficiente, y entonces, a pesar de la evacuación del pus, persisten dichos fenómenos sépticos. De todos modos es sumamente peligroso dar lugar por medio de la abstención operatoria a que el pus se abra camino de este modo espontáneamente, puesto que en muchos casos en vez de hacerlo al exterior lo hará a los espacios conjuntivos que separan entre sí diferentes órganos y la consecuencia será que en vez de aliviarse los síntomas se agravarán más. Esta forma enquistada de peritonitis neumocócica se confunde muchas veces con una apendicitis, con una fiebre tifoidea o con una peritonitis tuberculosa. La forma generalizada no se diferencia en nada de las peritonitis generalizadas de otra naturaleza. El resultado de

cuya estación es la más próxima. Camino vecinal a 1 kilómetro.

—El Ayuntamiento de Pantón (Lugo), partido judicial de Monforte, ha acordado proveer por oposición la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de primera categoría, vacante por defunción, teniendo asignada la dotación de 3.300 pesetas anuales y 300 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 11.654 habitantes.

Tribunal: Presidente, D. Emilio Domínguez Fernández, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Ricardo Varela Arriete y D. Eliseo Díaz Anlló, médicos titulares inspectores municipales de Sanidad de Chantada y Villalba, respectivamente, y secretario, don Enrique Fernández Vázquez, secretario del Ayuntamiento de Pantón.

Los aspirantes, etc.

Lo que se anuncia, etc. (*Gaceta* del 2 de Abril.)

—El Ayuntamiento de Grado (Oviedo), partido judicial de Pravia, ha acordado proveer por oposición la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad, de primera categoría, vacante por defunción, teniendo asignada la dotación de 3.500 pesetas anuales y 136 familias del padrón de Beneficencia municipal, contando con un censo de 18.300 habitantes; la plaza es distrito de Alfoz.

Tribunal: Presidente, D. Julio Alfonso Marcos, inspector provincial de Sanidad.

Vocales: D. Alvaro Fernández Vega Valdivares, médico bacteriólogo del Instituto provincial de Higiene; D. Cayo Muñoz Balbuena, subdelegado de Medicina de Pravia; don Alfredo Valdés de Miranda y D. Carlos Prieto Álvarez Buylla, médicos titulares de Pola de Lena y Gijón, respectivamente, y secretario, D. Carlos Villamil de Silva, secretario del Ayuntamiento de Grado.

El nombrado fijará su residencia en Bayo, pueblo del mencionado distrito. Instancias al señor alcalde presidente del Ayuntamiento de Grado.

Lo que se anuncia, etc. (*Gaceta* 2 Abril.)

—Habiéndose padecido un error por el Ayuntamiento de Carcabuey (Córdoba) en la interpretación de las disposiciones legales vigentes, respecto a la creación de plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad, la cual es de la exclusiva competencia de este Ministerio, según lo dispuesto en la norma cuarta de la Real orden de 11 de Noviembre de 1930, y hallándose provistas en propiedad las dos plazas de segunda categoría, que le corresponden según la clasificación vigente, publicada en el citado periódico oficial de fecha 13 de Noviembre último,

La Dirección general de Sanidad ha tenido a bien disponer quede nulo y sin efecto el anuncio de la plaza de médico titular inspector municipal de Sanidad del citado Ayuntamiento, cuya publicación tuvo lugar en la *Gaceta de Madrid* de fecha 7 de Febrero último. (*Gaceta* del 30 de Marzo.)

—De nueva creación, la de médico titular de Portalmir de Guadamajud (Cuenca), partido judicial de Huete, con el haber anual de 1.375 pesetas. Población, 746; categoría 5.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 9; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Lugar a 20 kilómetros de la cabeza de partido, cuya estación es la más próxima y a 140 de la capital. Río Guadamajud.

—De nueva creación, la de médico titular de Cuevas de Velasco y sus anejos Villar del Saz de Navalón y Villar del

Maestre (Cuenca), partido judicial de Cuenca, con el haber anual de 2.750 pesetas. Población, 1.130; categoría 2.ª; familias incluidas en la Beneficencia, 00; instancias hasta el 3 de Mayo.

Observaciones.—Concurso de antigüedad.

Datos.—Villa a 35 kilómetros de la capital. Río Mayor. Estación ferrocarril.

Forensías.—En el Juzgado de primera instancia e instrucción del distrito de Santo Domingo, de Málaga, se halla vacante, por defunción y haber resultado desierto el turno de traslación, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de término, que debe proveerse por concurso de méritos entre forenses de categoría de ascenso, conforme a lo prevenido en el art. 6.º del Real decreto de 12 de Abril de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia de Granada, por conducto del juez del partido en que pres en sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta* del 25 de Marzo.)

—En el Juzgado de primera instancia e instrucción de Murias de Paredes se halla vacante, por defunción, la plaza de médico forense y de la Prisión preventiva, de categoría de entrada, que debe proveerse por traslación, conforme a lo prevenido en el art. 1.º del Real decreto de 29 de Julio de 1915.

Los solicitantes dirigirán sus instancias al presidente de la Audiencia territorial de Valladolid, por conducto del juez del partido en que presten sus servicios, dentro del plazo de treinta días naturales, a contar desde la publicación de este anuncio en la *Gaceta de Madrid*. (*Gaceta* del 25 de Marzo.)

Permuta.—Se permuta un partido de 5.ª categoría en la provincia de Valladolid, a 18 kilómetros de la capital, luz, teléfono, ferrocarril, por otro de la misma provincia, Zamora o Palencia. Para informes, D. Jesús Sáez Escobar, Avenida de la República, núm. 16, segundo, Valladolid. (890)

Concurso a plazas de médicos. *El Progreso Marino*, pósito de pescadores de San Juan de la Arena (Asturias) (puerto de mar y playa de verano), saca a concurso dos plazas de médicos, con el haber anual de 4.000 pesetas cada una, para el servicio de los asociados y sus familias (radicando todos en un radio de kilómetro y medio).

Los señores concursantes pueden mandar sus documentaciones y justificantes de méritos, los cuales se les devolverán una vez celebrado el concurso.

Este concurso estará abierto hasta el día 15 de Abril próximo.

Para más informes dirigirse al presidente de esta Asociación.

San Juan de la Arena, 30 de Marzo de 1932. El presidente, Nicanor Suárez.

MONOGRAFÍAS

por **1,50** PTAS.

PEDIDOS A EL SIGLO MEDICO

*Hemovitus Municipal
Pich la Villa 3*

**EL NUEVO PREPARADO del
Dr. Georg Henning, de BERLIN**

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

SOLICITE MUESTRAS Y BIBLIOGRAFIA:
WALTER ROSENSTEIN Suc
BARCELONA

APARTADO, 712



Pituigan

LABORATORIO BENET

Enrique Granados, 114
BARCELONA



PAIDOTROFO

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

•••••

FIMONAL

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

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

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es junción 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: Al Dr. Baloardo, por R. Lobo Regidor.—Cronición epistolar, por F. Javier Cortezo.—En memoria del Dr. Roberto Koch, por el Dr. Codina Castellvi.—Letras de polka, por El Licenciado T. B. O.—La salud del doctor Cortezo, por La Redacción.—Inauguración del monumento al naturalista José Celestino Mutis.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Vacantes.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

¡Atiza, ahora no llueve, graniza!

En Marzo comentamos con un ¡AGUA VA! las ocurrencias en el seno del Cuerpo de Médicos de Baños. Hoy recordaremos un clásico refrán castellano que reza: *Cuando Marzo no marcea, Abril de las suyas pega.* Pasó Marzo sin marcear a los crenoiatras (!!), y apenas amanecido el rutilante Abril descarga la *Gaceta* una nube de piedra disponiendo que los Establecimientos de aguas mineromedicinales, sin excepción, dispensen cualesquiera tratamientos hidrominerales que sean prescritos por los médicos en ejercicio legal de su profesión, sin que estas prescripciones necesiten refrendo alguno. ¿Comprendes, Fabio, lo que voy diciendo? Pues otro sí dispone que el régimen sanitario e higiénico de los Establecimientos de aguas mineromedicinales quede sometido a la autoridad del respectivo inspector provincial de Sanidad.

¿Qué nos parecen a nosotros estas disposiciones? Perdona, Fabio, si solamente decimos que esto ha sucedido el 5 de Abril y que seguimos en pascua.

Otra mona de pascua.

El Gobierno parece decidido a convertir la Dirección de Sanidad en una Subsecretaría *autónoma* (?) al igual de la de Comunicaciones con derecho a responsabilidades y sin derecho a consejos.

Se dice que esta determinación obedece a convencimiento del Gobierno de lo justo que es, dada su actuación, igualar al camarada Marcelino con el ciudadano Galarza.

Estamos conformes, y hasta aplaudimos.

Más por más.

En las Cortes Constituyentes se pretende que el Ministerio de Salud e Higiene sea un hecho, y en la sesión del miércoles 6 se ha leído una proposición de Ley que apoyó el Sr. Dolcet y encareció el Sr. Besteiro.

¡Lerroux, Azaña, Dolcet, Besteiro! ¡Qué fuego tan repentino! Dios *u la naturaleza* nos deparen que este más por más no dé menos. Las matemáticas son sólo de relativa exactitud.

Zaragoza en un grito.

¡No es para tanto, amigos zaragozanos!

Os asombra y solivianta que la Facultad de Medicina haya deshauciado a la Academia de Medicina y pretenda ocupar su local. ¿Pues no hace ya muchos años que en Madrid ocurre lo propio? La única diferencia es que en Zaragoza la Facultad meterá primero los muebles y luego los catedráticos, y en Madrid ha metido primero catedráticos, para poder colocar luego los trastos.

Milagros de cirugía.

En el último número de *La Prensa*, único periódico español que se publica en Nueva York, aparece un fotograbado reproduciendo la cara de cierta mujer, *before and after* de una intervención de cirugía estética realizada por Howard Crum. El pie del fotograbado dice a la letra:

El Dr. Howard Crum, especialista en cirugía facial, ejecutando recientemente en Nueva York, ante la convención internacional de cultores de belleza, una operación con la cual rejuveneció a una mujer en veinte años. La señora había estado en la cárcel muchos años por haber asesinado a su esposo y en su larga reclusión se le formaron las marcadas arrugas que pueden verse a la izquierda, quedando luego con el aspecto juvenil de la derecha.

Pese al mal castellano de la redacción, se comprende su sentido y la enorme trascendencia que tiene el hecho, pues la *dama* en cuestión podrá buscarse ahora un nuevo maridito a quien asesinar como al primero.

Ya lo decía Don Hilarión: Es una barbaridad lo que adelantan las ciencias.

Más en serio.

Leemos en una revista profesional de esta semana:

No sabemos con qué fundamento han circulado rumores de que iba a dimitir toda la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos. Nosotros creíamos que por tiempo reglamentario correspondía cesar a la mitad de la Junta, y así debe ser, aun cuando, como decimos, no sabemos si la otra mitad tiene tomada la determinación de dimitir.

Se nos ha perdido la cubierta y no sabemos si la revista es de Madrid o de provincias. Si fuera de Madrid no nos explicamos la ignorancia de los fun-

damentos, pero... ¡apostamos a que es de provincias la noticia!

Mucho más en serio.

Lo creemos completamente inútil repetir, dado el seguro conocimiento que tienen de nosotros desde HACE OCHENTA AÑOS las clases médicas nacionales y extranjeras, e igualmente toda la Prensa (con mayúscula), además que nuestro lema y programa lo afirman en todos los números; pero puesto que algunos quieren que lo digamos una vez más, lo diremos:

EL SIGLO MÉDICO no pertenece ni ha pertenecido, ni pertenecerá a ninguna ASOCIACIÓN, PARTIDA ni PANDILLA, organizada para defensa de intereses personalistas. EL SIGLO MÉDICO goza como siempre de una total, *absolutamente total* (!), independencia de criterio, que podrá ser *equivocado* alguna vez, pero jamás *hipotecado* en beneficio ajeno a la verdad científica y a la defensa honrada de la profesión.

¿Está claro?

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

AL DR. BALOARDO

Si vos, ingenioso doctor, hubierais aguardado a leer mi segunda impresión sobre este asunto o tema sexual, no hubierais escrito vuestra carta, y eso tendríamos perdido, porque evidente es que al fin y al cabo pensamos de análogo modo en la delicadísima materia.

Pero, ¡oh envidiable doctor!, sois vivo de genio, primero por la juventud de que gozáis y después por la procedencia de vuestro linaje. Esa cuna italiana en que se mecieron vuestros ascendientes ha impreso carácter en vuestro espíritu y os hace polemista, luchador, superabundante.

Aquellos latinos que cantaban poesías de amor y de guerra a la sombra de las velas triangulares de sus jabeques; tan pronto comerciantes como piratas, cruzados contra el infiel o cautivos en sus galeras o descubridores de mundos; aquellos condotieros derrochando su vida en paz y en guerra; aquellos sutilísimos diplomáticos elevados a la enésima potencia cuando vestían la sotana roja y el capelo cardinalicio: los poetas, los escultores, los músicos, los místicos, los arquitectos, los pintores, los artífices, en fin, de todas las actividades humanas, que encendían su saugre selecta con aquellos generosos caldos exprimidos de las cepas nacidas en las faldas del Vesubio y del Etna, asimilando con sus hojas la luz y el calor del sol de Nápoles y Catania, y absorbiendo con sus raíces aquel fuego interior de las igníferas montañas; aquellas morenas hermosuras, aliciente para toda empresa y disculpa para toda osadía, y sobre lo dicho, Roma, señora del mundo con la República y el Imperio y el Papado, material y espiritualmente la madre corporal y anímica de los países latinos.

¡Ah!, Dr. Baloardo: comprendo perfectamente vuestra impaciencia, vuestra intrepidez, vuestra osadía; en vos, admirado amigo, no son defectos, sino cualidades que integran la simpática petulancia juvenil tomando el vocablo en su acepción de atrevimiento, y que sea por muchos años.

R. LOBO REGIDOR

CRONICON EPISTOLAR

Dulce ejemplaridad.

Tenéis, mi señora Condesa de Lebrija, tantos motivos para la rendida admiración de todos, que este nuevo ensalzamiento de méritos provocado en el general concepto por esas fragantes y aladas poesías que vos llamáis AGUA PASADA, nada sumarán al acervo de las alabanzas que exaltan vuestro nombre.

Pero si nada pueden ya aumentar vuestro crédito esclarecido, no es menos cierto que en todos estremecieron tierna y dulcemente el culto que os rendimos, estos versos llenos de celestial feminidad, tan agotada en nuestros días por el bárbaro humanismo feminista.

Dulce ejemplaridad para innumerables mujeres, es la rendida por vos, viejecita santa y culta, gentil y llana como la esposa del Rey Don Alonso el VIII y noble de Castilla, *cada cual en sus estados*, mercedera con todos y justa con cada uno hasta con vos misma, que es el cáliz de la justicia.

Regla Manjón es como decir en Sevilla, Sevilla, y en España entera, España, porque en esa dilatada existencia con que Dios os mantiene entre nosotros para bien de nosotros, supisteis llegar a ser, sin más esfuerzo que sacar vuestro corazón a pasear por el mundo, como una embajadora del arte, de las letras y de la gracia sevillana y como una consulesa de la feminidad española.

Quien aguardase para llamaros poeta a este momento en que lanzáis a la borrasca literaria vuestro libro de versos, muy parvo conocimiento habría de vos y muy nublado concepto de la poesía. ¿Qué ha sido vuestra vida de dulcísima ejemplaridad sino un caudal purísimo de numen poético?

Mucho hace ya que se estila en la república literaria dar por poetas a gentes que fabrican con el idioma indigestos salchichones métricos, con igual voluntad que pusieran un establecimiento mercantil; pero aún quedamos por el mundo gentes que le llamamos al pan, pan, y al vino, vino, sin que nos turbe el juicio la rimbombancia de la publicidad confabulada.

Vuestro libro, tan vuestro que ni precisa campar en la cubierta el nombre de su autor, tiene dentro de sí la más hermosa de las poesías que un poeta puede escribir: la que se escande con todos los instantes de una vida de hondo sentir, alto pensamiento y clara y bella expresión.

El alma vuestra, mi señora Condesa de Lebrija, pasea inmarcesible por todas las páginas de la obra, que no son sino armonía arrancada a vuestro espíritu por el arco de la vida que supisteis mover con pulsación maestra y exquisita.

No hay en toda la obra una composición que no refleje el vibrar admirable de ese concierto que habéis sabido daros en la existencia con la contemplación de lo bello, el amor de lo bueno, el conocimiento de lo selecto, el deseo de lo noble, la ambición de lo perfecto, el empeño de lo justo y el comentario de lo sublime.

¡Agua pasada! No, agua que pasa. Junto al arroyito de vuestra vejez, limpio y claro como el primer fundido de las nieves, tendrá cada primavera una margarita que brotar, y cada estío una sed que regalar, y cada otoño una hoja dorada que mecer, y cada invierno un gemido que musicar. ¡Agua pasada no! ¡Agua que pasa! Cuando yo me creía poeta soñé que las aguas del Segura pasaban cantando bajo el puente de los Peligros, contándole a la Virgen de la huerta murciana todos los amores y todas las penas de sus mujeres, entre los besos de las ondinas y el piido restallante de las golondrinas; hoy, cuando termino la lectura de esos versos deliciosos que forman el AGUA PASADA, con todas las lágrimas



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

NURRISOL
 RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
 FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL
 TÓNICO ESTOMACAL
 INSUFICIENCIA Y ATONÍAS GÁSTRICAS

GOTAS NEUROSTÉNICAS FOSFORADAS

del Dr. GENOVÉ

Compuesto de FÓSFORO PURO perfectamente dosificado.
Strignos nux vómica, gnatia amara, Chyrayita, Eritroxilum coca, Quina y Colomba.

**Valioso tónico de los nervios.—Poderoso incitante vital.
Alimento del cerebro.—Acción rápida e inofensiva.**

Neurastenia. — «Surmenage» intelectual. — Estados melancólicos. — Jaquecas.
Cefaleas. — Impotencia. — Anafrodisia.

ZARAGATONA GENOVÉ

ABSOLUTAMENTE LIMPIA

EL MEJOR LAXANTE - EL MAS EFICAZ - EL MAS INOFENSIVO

Insubstituible en el estreñimiento pertinaz.

Pídanse muestras y literatura a la Farmacia VIUDA GENOVÉ. — Rambla de las Flores, 5. — BARCELONA

Próximamente aparecerán

las **SEGUNDAS EDICIONES**

de las

MONOGRAFIAS

El médico rural ante las distrofias más frecuentes, por el Dr. Vital Aza.

y

Diagnóstico y tratamiento de las dermatosis más frecuentes,

por el Dr. Javier M. Tomé y Bona.

Continuará el precio de
1,50 pesetas para los suscrip-
tores de «El Siglo Médico»

mas y todas las sonrisas de vuestra bellísima alma de mujer, sueño que eternamente pasará bajo el puente trianero, cantarina, mansa y dulcísicamente ejemplar para todas las mujeres españolas, y que se detendrá en una cátedra sevillana, para explicar vuestra vida santa y culta, gentil y llana, mercedera y justa como la de doña Leonor de Aquitania.

F. JAVIER CORTEZO.

3 Abril 1932.

EN MEMORIA DEL DR. ROBERTO KOCH

El día 24 del pasado mes de Marzo se cumplió el cincuentenario de la comunicación que el profesor Roberto Koch hizo a la Sociedad de Fisiología de Berlín, dando cuenta del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis. Desde dicho día, hasta el momento presente, nuestra Academia no ha celebrado sesión pública y nos parece sobradamente motivado, en la primera sesión que se celebra después de la referida fecha, que esta Academia, aunque sea por uno de sus más modestos miembros, se una al coro del merecido homenaje que se rinde, con motivo de este cincuentenario, por todas las Sociedades sabias, por todos los Centros científicos y por toda la prensa, tanto profesional como diaria, a ese profesor que ha culminado en la forja de la labor científica como uno de los más grandes y esforzados colosos que tanto han beneficiado a la ciencia pura, que tanto han empujado el carro del progreso por los nuevos derroteros del saber y que tanto han beneficiado, en los más diversos sectores, a toda la humanidad.

No se debe pronunciar el nombre de Koch si no se sabe acompañar de la respetuosidad más admirativa, porque es bien sabido que este ilustre nombre va unido a una serie de descubrimientos, en la etiología de varias enfermedades infecciosas, que han transformado en realidades prácticas, de aplicaciones higiénicas y sanitarias, beneficiosas para los individuos y para las naciones, aquellas hipótesis antiguas que, a pesar de estar inspiradas en los más lógicos supuestos, en relación con las ideas de las épocas respectivas, no daban base suficientemente firme para que descansaran en ellas aplicaciones lo bastante provechosas para la higiene y la sanidad en general.

No hay que recordar en estos momentos la serie de avances que le deben la bacteriología y la higiene en general, referentes al carbunco, a la tuberculosis, al paludismo, al cólera, etc., etc., puesto que en todas ellas ha dejado bien grabado el sello de su personalidad, seriamente científica, y la característica de su investigación, fecunda y afortunada.

Limitándonos al descubrimiento del bacilo de Koch, cuyo cincuentenario se ha celebrado días pasados, bien se puede afirmar que fué considerado como uno de los más trascendentales descubrimientos bacteriológicos. Si se me permitiera la frase, me atrevería a decir que la naturaleza bacteriológica del virus tuberculoso se mascaba desde hacía muchos años, pero de un modo marcadisimo desde las inoculaciones de materia caseosa que hizo Villemin, y que confirmaron inmediatamente los Dres. Herard, Cornil y Hanot. Pero a pesar de imperar en el ánimo de todos los hombres científicos la idea de que la tuberculosis era provocada por un germen, por una bacteria, el descubrimiento del bacilo ácidorresistente, conocido corrientemente con el nombre de bacilo de Koch, tuvo tal resonancia en todo el mundo científico y no científico que,

arrollados los ánimos por el más fervoroso entusiasmo, se consideró en aquellos primeros instantes como resuelto por completo el problema sombrío y mortífero de la tuberculosis, como se resolvió el problema profiláctico y curativo del cólera, de la fiebre tifoidea, de la peste, etc., en cuanto fueron descubiertos y estudiados los gérmenes específicos que provocan dichas enfermedades.

Comprobado que fué el descubrimiento del bacilo ácidorresistente como causa de la tuberculosis, en todos los demás centros científicos, y a medida que se iban pasando los meses y hasta los años, se veía que no aparecía ni la vacuna, ni el suero, ni la antitoxina específica contra la enfermedad, aquellas oleadas de entusiasmo primitivo comenzaron a desvanecerse y a sembrar la inquietud, no diré la desconfianza, en el ánimo de los clínicos y de los mismos investigadores.

Y cuando se iban ya acumulando en gran cantidad los reparos y las objeciones a esta etiología que podríamos considerar dogmática y ortodoxa de la tuberculosis, el propio profesor, el Dr. Koch, y a los nueve años del descubrimiento del bacilo, o sea en 1891, dió a conocer su primera tuberculina, la célebre *linfa de Koch*, que fué recibida por el mundo científico y hasta el profano, con más entusiasmo y más fervor, si cabe, que el que acompañó al descubrimiento del bacilo ácidorresistente.

Los que ya éramos médicos en aquella fecha, seguramente no se nos olvidará el inmenso revuelo que entre los profesionales causó la aparición de una tuberculina elaborada por el propio descubridor del bacilo y la caravana de médicos y de tuberculosos que salieron apresurados hacia Berlín, arrojados los primeros por el crédito científico, irreprochable, del autor, y los segundos, por la humana aspiración de verse curados de su mortífera dolencia.

Aquel entusiasmo colectivo que, por su intensidad, casi provocaba escalofrío, fué seguido, como se recordará, por una de las más tétricas decepciones, fundadas no sólo en la agravación clínica de los enfermos que se sometieron inmediatamente al tratamiento, sino que también, y principalmente, por las pruebas anatomopatológicas que aportaron a las Sociedades científicas los mismos profesores de Berlín y de un modo especial el profesor Virchow.

En virtud de estas decepciones, tanto etiológicas como terapéuticas, las dudas iban formando legión en el ánimo de los investigadores, y así se comprende cómo nuestro Ferrán, el primero de todos los bacteriólogos que rompió con la ortodoxia dogmática del bacilo de Koch, como único causante de tuberculosis, pudo demostrar en cultivos sucesivos la pérdida de la ácidorresistencia del bacilo sin estar impurificado el cultivo, hecho comprobado después por un gran número de investigadores, y fundado en el ciclo evolutivo que él supone sigue el germen de la tuberculosis, considera al bacilo de Koch como una bacteria hiperadaptada, incapaz de provocar inmunidad y encamina sus investigaciones a la preparación de una vacuna capaz de provocarla. Pontes, más tarde, en 1910, nos habla por primera vez del virus filtrable con el cual puede explicarse la herencia de la tuberculosis, y pasan inadvertidas estas investigaciones del profesor mejicano, hasta que hace poco las han resucitado y les han concedido una gran importancia Valtis y Calmette, quien además ha modificado por medio de un cultivo biliar durante muchos años, la virulencia del bacilo de Koch, producto que se administra también como una vacuna.

De todos modos se pecaría de injusto si no se continuara concediendo una importancia sin límites al descu-

brimiento del bacilo de Koch y al descubrimiento de la tuberculina; aquél tendrá siempre el mérito de habernos demostrado la naturaleza parasitaria de la enfermedad, sin que pueda prestarse a duda de ningún género el postulado de que el bacilo ácidorresistente que Koch descubrió hace cincuenta años provoca siempre por inoculación la enfermedad en serie.

Y el descubrimiento de la tuberculina tendrá siempre una trascendencia diagnóstica y terapéutica, y muy especialmente diagnóstica, que nunca podrá desmerecer.

Sabido es que después de serios estudios de las distintas tuberculinas que iban apareciendo en el mercado terapéutico, se modificaron las dosis, llegando a las ultrapequeñísimas, propuestas por Vitón; se pusieron de relieve los variados efectos que con ellas se obtenían y los resultados que se conseguían empleándolas en procesos no tuberculosos y, por fin, modificando las vías de introducción hasta el punto de que el complejísimo procedimiento del empleo de los partígenos de Deycke y Múch, lo simplificaron estos mismos autores administrando dichos preparados por la boca, porque dijeron que se obtenían los mismos resultados, y las otras tuberculinas se han administrado, en estos últimos años, por Moro, Petrusky y Wolff-Eisner, percutáneamente o por escarificaciones en la piel.

Es lamentable tener que hacer constar que en este período que podríamos llamar de la era tuberculínica, en que se esforzaban las demás naciones para convertir en inocente el tratamiento y para simplificarlo de un modo extraordinario, España dió un espectáculo tristísimo por lo excesivamente apasionado en pro y en contra de este tratamiento, hasta el punto de que esos arrebatos de pasión, no siempre exentos de móviles extracientíficos, nos arrastraron y confundieron a los que tuvimos el valor y la entereza de sostenernos dentro de la moderación y de la sensatez científicas.

No es este el momento de exponer las razones del porqué apenas se usa la tuberculina en el tratamiento de la tuberculosis, pero sí se puede dejar sentado que la tuberculina nunca despertó una inmunidad sólida ni específica contra la tuberculosis. En cambio, a medida que han progresado nuestros conocimientos acerca de las inmunidades locales, el tuberculinodiagnóstico por la piel y la terapéutica tuberculínaintradérmica, han conseguido abrir nuevos horizontes de aplicación inocua del referido producto.

Tales son, en forma esquemática, las consecuencias etiológicas, diagnósticas y terapéuticas del descubrimiento cuyo cincuentenario celebramos y, a pesar de la concisión, se habrá podido ver la admiración que merece el profesor Koch, simplemente por el descubrimiento del bacilo de la tuberculosis. Por este solo hecho, Koch no pertenece sólo a Alemania, sino que pertenece a todas las naciones, del propio modo que Pasteur es algo más que un hijo de Francia y Cajal también no es sólo un hijo de España: son estos nombres los que pertenecen a todas las naciones y deben ser pronunciados con respeto por toda la humanidad; por algo a los tres se les ha otorgado el premio Nobel.

Por todo lo que brevemente he expuesto y muy especialmente por las dudas etiológicas que han ido apareciendo en el campo experimental y clínico, bien se puede asegurar que el mérito de Koch, por su genial descubrimiento, estriba en haber aportado a la ciencia una verdad irrefutable: que el bacilo de Koch provoca la tuberculosis en serie, por inoculación; y un enigma etiológico, profi-

lático y terapéutico que a los cincuenta años de aquel descubrimiento todavía no hemos conseguido descifrar.

DR. CODINA CASTELLVI

LETRAS DE POLKA

Me cansa el campaneó,
me fatiga el berreo
de esa *de alegres recentales dulce*
tropa gentil que al escalar la cuesta
con el polvo, humo y ruido,
me molesta.

La cándida paloma
que les mira subir desde la loma
o el pastor aburrido
hacen acaso del bullicio broma;
pero al que está cansado o se ha dormido
otra cosa parece
y su protesta airada bien merece.

¡Basta ya del infante
que se supone sabio de estudiante,
y basta del maestro hecho de pronto,
casi siempre pedante,
y si es de oposición, pedante y tonto!

Lo que España precisa
es poderse reír, no causar risa,
y os juro por Calvino y por Lutero,
por Ríos, por Azaña y Espartero,
que sin que yo me meta
en las razones sobre qué se funda,
España causa risa en el Planeta
desde que cosas tales
berrean al subir los recentales
que hacen posible ya que se confunda
a Azaña con Ximénez de Cisneros
y a Sbert con estudiantes verdaderos.

EL LICENCIADO T. B. O.

LA SALUD DEL DOCTOR CORTEZO

Nuestro querido director se encuentra enfermo desde hace dos semanas, padeciendo un fuerte ataque de gripe. Durante unos días, por fortuna pocos, el estado del señor Cortezo inspiró serios cuidados a los Dres. Huertas, Lobo Regidor y Fernández Martín que vienen asistiendo al ilustre enfermo. La gravedad parece vencida y esperamos una convalecencia rápida y franca como acostumbra la excepcional naturaleza del paciente.

Por causa del estado de su salud se suspendió la fiesta anunciada para el día 1.º de Abril en que EL SIGLO MÉDICO iba a celebrar el ochenta y dos aniversario del nacimiento de su venerado director.

Damos desde aquí testimonio de gracias a las innumerables muestras de interés y afecto que ha recibido estos días el Sr. Cortezo, y en la imposibilidad de reseñarlas todas y estimando que ella es compendio general de las demás, reproducimos la carta de los huerfanitos a su abuelo.

Excmo. Sr. D. Carlos María Cortezo.

Querido abuelo:

En el día de hoy, en que cumple usted sus primeros ochenta y dos años, queremos unir a las numerosas felicitaciones que recibirá, la más cariñosa y sentida de estos huér-

fanos, que queriéndole tanto nada pueden ofrecerle, si no es el sincero homenaje de nuestro cariño.

Al recibir el abrazo de los portadores de ésta, recibe usted no sólo el personal de ellos; pues a la vez lo hacen en nombre de todos los demás nietos de su alma y alumnos de este Colegio.— *P. Portugal.* — *Alfonso Gil Calvo.*

1.º de Abril de 1932

Gracias, pues, muy cordiales a todos, en nombre del Dr. Cortezo y de esta

REDACCIÓN.

Inauguración del monumento al naturalista José Celestino Mutis.

El día 6 a mediodía se inauguró el monumento que la ciudad de Cádiz dedica a José Celestino Mutis. Asistió el Ayuntamiento en masa, todas las autoridades civiles y militares, Corporaciones y enorme gentío. Pronunciaron discursos el alcalde y el cónsul de Colombia en representación del ministro de su país, dedicados a ensalzar la figura del glorioso naturalista, llamado libertador de América antes que Bolívar. Acto seguido se descubrió la lápida que da el nombre de Mutis a un grupo escolar. El acto resultó brillantísimo.



Presidencia del banquete dado en honor del Dr. D. Tomás Sala Sánchez, nuevo profesor de Pediatría de la Facultad de Cadiz.

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 2 de Abril de 1932.

Leída y aprobada el acta de la sesión anterior, el doctor José Codina Castellví lee unas cuartillas en memoria del Dr. Roberto Koch con motivo de celebrarse en estos días el cincuentenario del descubrimiento del bacilo de la tuberculosis. El Dr. Manuel Martín Salazar recuerda a Koch no sólo por su descubrimiento del bacilo de la tuberculosis, sino también por sus estudios sobre esporos y los referentes al cólera. (1)

FECUNDACIÓN ARTIFICIAL

Comunicación del Dr. Vital Aza Díaz.

Discusión. — **Dr. Gregorio Marañón Posadillo:** Este asunto tratado en esta Academia debe serlo con la precisión, valentía y claridad que acaso no se ha realizado. Este problema se puede razonar desde varios aspectos: científico, social y religioso.

(1) Véase el artículo que publicamos aparte, debido a la pluma de nuestro ilustre amigo y colaborador el Dr. Codina Castellví.

Desde el punto de vista científico el problema de la fecundación artificial está resuelto casi completamente y no hay que insistir.

Desde el punto de vista social se puede presentar en tres circunstancias diversas, acaso profundamente diferentes. Un matrimonio que con capacidad biológica y por un impedimento mecánico no alcanza a tener sucesión. En este caso es posible que acuda la pareja al médico con la pretensión de la fecundación artificial. La resolución es clara y el médico no puede oponer el menor inconveniente a la fecundación artificial. Una variedad es cuando por esterilidad comprobada del marido, ambos cónyuges pidan al médico practique la fecundación artificial con semen de otro hombre. Cuando ambos cónyuges están conformes, en la resolución del problema el médico no debe tener el menor inconveniente en cuanto a su conciencia profesional. Sería este caso una variedad de adoptar un niño con el que convivirá la pareja.

Otro caso de fecundación artificial que se puede presentar al médico es el de mujer soltera que quiere ser madre sin pasar por el acto de fecundación fisiológica por hombre sano y potente. La solución de este caso queda a la conciencia del médico. Creemos que seríamos resistentes a proporcionar a la mujer estas ansias maternas y en caso aconsejaríamos que adoptase un niño o bien que corriese la situación de hacerse embarazada por hombre ocasional. Acaso esta repugnancia a la fecundación artificial en mujer soltera sea cuestión de momento actual y variable con el transcurso del tiempo.

El tercer caso se refiere a la proposición de fecundación artificial en una pareja y por estímulos de orden biológico con relación a consideraciones económicas. En este caso la duda no existe. El médico por razones de orden moral elemental debe oponerse a complacer a estos solicitantes.

En la cuestión de la fecundación artificial hay que considerar también el criterio religioso. No soy verdaderamente versado en esta materia para fijar una conducta. Considero que la religión católica apostólica romana no sería opuesta a resolución de este problema desde el punto de vista biológico.

Lo importante al tratar la cuestión de la fecundación artificial es hacerlo con claridad y seriedad, siempre con decencia, sin dejarnos llevar de una moral farisaica y calderoniana.

Dr. Sebastián Recasens y Girols: El problema de la fecundación artificial planteado como está, no tiene dudas. Si una mujer quiere tener hijos y que los tenga, me parece bien; que no los puede tener con su marido y quiere ser madre, que se divorcie y busque otro hombre. La mujer tiene el derecho a ser madre, y sobre todo cuando está en condiciones biológicas. Igualmente tiene el derecho a elegir el padre de su hijo.

Admitidos estos principios sociales, no veo dificultad que el médico, dentro de condiciones del matrimonio, intente la fecundación artificial antes de que la falta de hijos sea un motivo de divorcio; fecundación artificial realizada con semen del marido.

La fecundación artificial, desde el punto de vista social, no tiene más que una solución; el reconocimiento del derecho de la mujer a ser madre. Ahora bien, en sus relaciones con la moral, ésta es una cuestión del tiempo y del lugar.

La fecundación artificial, desde el punto de vista religioso, no puede tener dificultades más que en el sentido que se tenga de la moralidad. Si se cree que el matrimonio es un lazo establecido como sacramento insoluble, y por tanto, la iglesia no puede aceptar el divorcio, en este caso, toda mu-

jer que está casada con un hombre impotente no tiene el derecho a tener hijos; ha de renunciar a ellos.

Después de lo dicho, creemos que el médico puede hacer la fecundación artificial. La hemos intentado varias veces, siempre la fecundación artificial intrauterina, pero hasta la fecha, en las veces que la he realizado, en ningún caso me ha acompañado el éxito.

En cuanto a la mujer, sin ser casada o sin coito, quiere ser madre y quiere que se le practique la fecundación artificial, es cuestión de criterio médico. Por nuestra parte, no nos prestaríamos a hacerla. La mujer si quiere tener hijos y con órganos genitales normales debe comprender la necesidad de su funcionalismo.

Desde el punto de vista científico, la fecundación artificial es admisible, y desde el punto de vista social, unas veces se puede resolver con fecundación artificial y otras sin ella. El modo, la manera e indicaciones, el fijarlas, sería superarse al tema presentado.

Dr. Antonio Simonena Zabalegui: Como católico no puedo dejar de alzar mi voz sobre las cosas que se han expuesto aquí. La moral católica es inmutable; tal fué al empezar nuestra era, y será hasta nuestra terminación.

Me levanto para decir que, moralmente, desde el punto de vista católico, no se puede hacer nada de lo expuesto sobre la fecundación artificial, así como el divorcio y sobre el derecho de la mujer a hacerse fecundar por un determinado hombre que no se sea marido. No podemos aceptar la fecundación artificial practicada con semen diferente al del marido, y aun en este caso habría posibilidad de discusión.—
M. Aceña.

* * *

ACADEMIA MÉDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del 4 de Abril de 1932.

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS INTESTINAL POR EL ACEITE DE HÍGADO DE BACALAO Y EL JUGO DE TOMATE

Dr. Alvarez Buyla (de Oviedo): Conocida la importancia curativa de las vitaminas C y D sobre las ulceraciones tuberculosas intestinales, según los estudios de Grant y los resultados obtenidos en animales de experimentación con alimentación rica en estas vitaminas, es por lo que Micconkey, en 1929, aconseja en los enfermos con lesiones intestinales tuberculosas la administración de aceite de hígado de bacalao mezclado con el jugo fresco del tomate, substancias muy ricas en vitaminas C y D. Les administra una cucharada grande de aceite de hígado de bacalao antes de cada comida, mezclada con tres o cuatro cucharadas del jugo fresco de tomate frío, para hacerlo más agradable de tomar; tolerarlo perfectamente hasta los enfermos con diarrea.

Desde esta fecha hemos sometido a este tratamiento media docena de enfermos tuberculosos pulmonares, con lesiones intestinales fílicas evidentes, algunos de ellos en muy malas condiciones. En algunos de ellos fué substituído el jugo de tomate por el jugo de la naranja.

Los resultados obtenidos han sido tales, que permiten su empleo en la práctica, aun en los enfermos con diarrea, pues dicho tratamiento no la aumenta.

Dr. Pablo Sala y María: En esta comunicación, decir tratamiento de la tuberculosis intestinal no es lo suficiente; debe precisarse si esta tuberculosis intestinal es tumoral o ulcerosa. Si hace referencia a la tuberculosis intestinal tumoral no comprendemos el mecanismo de acción. Seguramente su actuación será frente a la tuberculosis intestinal ulcerosa.

COMENTARIOS DEDUCIDOS DE LA OBSERVACIÓN DE ONCE CASOS DE ÚLCERA GÁSTRICA PERFORADA

Comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica Española el 4 de Abril de 1932.

Dr. Agustín Ferre: Pretendiendo dar a estas líneas una orientación marcadamente práctica, me detendré principalmente en el análisis de los síntomas que más sorprenden al observar a un perforado de estómago y cuál es, a mi entender, la solución más adecuada a cada caso.

Todos mis casos han confirmado la regla, ya establecida, de las rarezas en mujeres, pues todos los enfermos pertenecían al sexo masculino; en todos estaba el estómago más o menos ocupado por alimentos, es decir, sobrevino el accidente en período digestivo; en dos casos había ausencia absoluta de antecedentes gástricos, y en casi todos los restantes habían sido precedidos de una fase de agudeza de las molestias digestivas, de una semana aproximada de duración.

En nueve de los casos que he visto en los primeros momentos de ocurrir el accidente, el aspecto clínico ha sido parecido con síntomas muy llamativos, pero escasos en número. El dolor en el epigastrio es formidable, tal vez superior a todos los dolores abdominales; la zona más dolorida corresponde al punto epigástrico; el enfermo se presenta encorvado hacia adelante con las manos puestas sobre el abdomen, como pretendiendo impedir que estalle; la cara del enfermo muestra el sufrimiento a que está sometido, pálida y cubierta de sudor. Si colocamos al enfermo sobre la mesa, observamos los muslos flexionados. La respiración es francamente de tipo costal superior y el abdomen no se mueve lo más mínimo. Si palpamos el abdomen lo encontramos tan contracturado que la clásica comparación con una tabla no puede ser más exacta.

Interesa hacer hincapié, no obstante, en que hay gran diferencia en el grado de dureza de la región epigástrica con todas las demás del abdomen, que se dejan, aunque poco, deprimir.

Se atribuye el dolor al contacto del contenido gástrico con el peritoneo, pero este concepto lo pongo en duda por lo observado en un caso que operé en el Equipo Quirúrgico del Centro en el mes de Septiembre pasado. Abierto el abdomen del paciente comprobé una úlcera yuxtapilórica aguda a punto de perforarse, pues sólo quedaba el peritoneo para ser destruído por el proceso corrosivo; seguramente, si hubieran transcurrido dos horas más la perforación hubiera sido completa. En este enfermo en cuyo peritoneo no se había vertido nada del contenido gástrico, ¿a qué era debido el síndrome? Después de hacer una sutura en bolsa me vi precisado a practicar una gastroenterostomía por haber quedado el pfloro estrechado; a los diez días fué dado de alta sin sufrir el más mínimo incidente postoperatorio.

La desaparición de la matidez hepática, que es un síntoma que se consigna en todos los libros, sólo lo he encontrado en uno de los enfermos explorados en los primeros momentos. Tal vez sea debido esto a que, por las características del servicio de guardia, el tiempo transcurrido desde que se ha iniciado el accidente es mínimo. Además, en la explicación de este síntoma cuando han pasado muchas horas interviene, además de los gases que del estómago salen por el orificio de la perforación, la dilatación de los intestinos, la parálisis diafragmática que obliga a que el hígado se eleve, y un movimiento de báscula de este último que permite que ascienda más el borde anterior que el posterior.

En el caso explorado precozmente, y en el cual encontré desaparición de la matidez hepática, se me ocurrió percutir

esta región colocándole en posición Trendelemburg acentuado, quedando sorprendido por la reaparición de la matidez en esta posición. No he oído ni leído en ninguna parte la referencia de este hecho, y al intentar interpretarlo pienso en lo que ocurre al mezclar líquidos y gases, que los primeros se sitúan más bajos que los segundos; el nivel, instrumento que se usa en toda clase de construcciones para buscar la horizontal, está basado en esto, y en dicho aparato se ve una burbuja de aire que se desplaza hacia los dos extremos del instrumento, ocupando siempre el sitio más alto del mismo, y sólo ocupa la parte media cuando lo ponemos sobre un plano horizontal.

No se me ocurre otra explicación del caso observado de desaparición de la matidez hepática en decúbito supino y reaparición al situar al paciente en posición Trendelemburg. Tengo mucho interés de ver otros casos parecidos para ver si se repite el hecho.

Joudine refiere haber observado en exámenes radioscópicos, estando el paciente en pie y hechos en dirección transversal, una mancha clara que corresponde a la llamada por los radiólogos bola gaseosa; además, Franz Kudlek (de Düsseldorf) ha llamado la atención, en radioscopias hechas en proyección lateral estando el enfermo en decúbito supino, sobre la presencia de una mancha clara situada delante del hígado, que supone formada por gases y que él llama neumoperitoneo antehéptico. Jakoucheff dice que ha percibido en varias ocasiones una sensación táctil palpando atentamente y de un modo prolongado el abdomen de estos enfermos, que atribuye, por ser intermitente, al paso de burbujas gaseosas por el agujero de la perforación.

Los autores recuerdan la relativa rareza de los vómitos; ninguno de los enfermos que he visto ha vomitado ni una sola vez hasta el momento de ser observado.

El diagnóstico en los casos típicos es fácil. El primer enfermo que ví de perforación de úlcera gástrica fué un barrendero que se presentó con un cuadro tan típico que lo diagnosticué sin vacilar, lo envié desde la Casa de Socorro de Palacio al Equipo Quirúrgico del Centro, le operó don Julián de la Villa y se salvó. De los diez casos restantes que he observado, uno me lo envió al Equipo, perfectamente diagnosticado, el Dr. Meana; otro enfermo que operé en el Sanatorio del Perpetuo Socorro lo había diagnosticado el médico de cabecera; los ocho enfermos restantes los he diagnosticado yo, pero importa consignar que en uno de ellos la familia del paciente lo envió al Equipo sospechando de lo que se trataba, pues un hermano del paciente se había operado dos meses antes de lo mismo y a la familia no se le había olvidado el cuadro clínico; otro de estos enfermos lo vió en la Casa de Socorro el practicante Sr. Muñoz, unos momentos antes que yo, y también adivinó lo que tenía. Refiero estos hechos sin ánimo de jactancia, pues el no haberme equivocado ni en los primeros casos que observé, sin tener experiencia alguna sobre el particular, demuestra que es un accidente que se diagnostica con facilidad si se piensa en él.

Y ahora vamos a comentar otro aspecto interesante del problema: el relativo al tratamiento quirúrgico a seguir.

Ante un perforado tiene la solución del problema doble aspecto: 1.º, salvarle de la muerte; 2.º, curarle de la úlcera. El criterio de cada cirujano está íntimamente unido a la psicología de cada cual. A unos les preocupa, ante un enfermo visto en este trance, solucionar la primera parte de este problema si se disminuye el riesgo del paciente; otros cirujanos quieren hacer una obra más lucida resolviendo o intentando resolver (que no es lo mismo) los dos aspectos del problema. Los del primer grupo se exponen a tener que

reintervenir al enfermo más adelante; estas reintervenciones son menos necesarias en los casos en que se adoptó el segundo criterio. Yo creo, sin embargo, que es más prudente el criterio de someter a un enfermo a dos operaciones de gravedad moderada que el opuesto de operación única y de gravedad mayor; esto lo digo suponiendo, cosa discutible, que con el cierre de la perforación, como intervención mínima, precise después reoperar, pero aun así, creo que se luce más el enfermo aunque se luzca menos el cirujano.

En los perforados de estómago se hacen: simple sutura de la perforación, sutura previa excisión con bisturí o termo, sutura con gastroenterostomía y resecciones gástricas. La simple sutura, propuesta ya hace muchos años por Mikulicz y procurando extraer con el aspirador eléctrico lo que se haya vertido en el peritoneo y manoseando lo menos posible, me parece la intervención ideal. No soy partidario de verter éter en el peritoneo con ánimo de desinfectarlo por las contaminaciones sufridas, pues por lo que he observado en infinidad de casos en que el peritoneo ha sufrido contaminaciones, la merma de su poder defensivo supera a los beneficios que se obtienen por la pretendida desinfección.

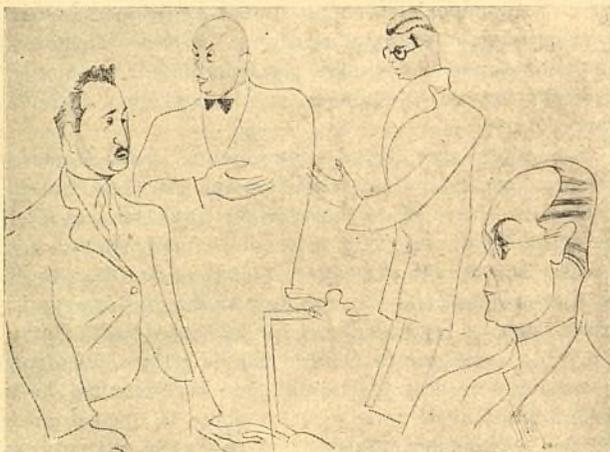
Este criterio de intervención mínima no puede adoptarse siempre; con alguna frecuencia el simple cierre de la perforación estrecha el píloro y nos vemos forzados, para resolver el problema mecánico ocasionado, a practicar una gastroenterostomía; tal es el caso antes referido. Otras veces, tratándose de úlceras callosas de gran tamaño, la aguja de sutura rasga los tejidos engrosados y friables que la circundan, y no conseguimos ocluírla con la sutura, viéndonos precisados a reseca los tejidos que la circundan hasta llegar a una zona de pared gástrica sobre la que se pueda trabajar. Al empezar esta labor de apartar lo enfermo podemos adivinar que puede quedar un orificio de un tamaño tal que sea de una técnica difícilísima su oclusión. Este es uno de los pocos casos en que creo prudente hacer una resección reglada. No faltan otros en el que, abierto el vientre, el cirujano se desconcierta sin saber cuál es la técnica más adecuada. Hace tres años operé a un ingeniero de Caminos veinticinco horas después de iniciado el síndrome de perforación, que tuvo lugar en el tren viniendo de Castellón de la Plana a Madrid. Se trataba de un antiguo ulceroso que le operé en plena peritonitis, encontrando unos dos litros de líquido seropurulento con una úlcera pilórica con gran perigastritis, que inmovilizaba píloro y antro. Como el enfermo estaba gravísimo, en plena peritonitis, no admitía operación de gran cuantía; los intestinos distendidos dificultaban la labor de suturar la perforación, que, por otra parte, no conseguía porque el hilo rasgaba los tejidos vecinos. De cuando en cuando el Dr. García Caballero, que me ayudaba, me animaba para terminar pronto, pues el enfermo iba mal, viéndome precisado, aun a sabiendas de que era imperfecta la sutura de la perforación, a taponar fuertemente la zona enferma y cerrar el vientre en un solo plano para terminar antes. El enfermo falleció.

Se objeta a la simple sutura de la perforación el peligro de la dehiscencia secundaria y de que queda la úlcera expuesta a sus complicaciones habituales. Los que objetan lo primero creen que una gastroenterostomía complementaria termina la obra facilitando el desagüe del estómago e impidiendo la distensión de sus paredes. Esta creencia es equivocada, pues el contenido gástrico no se vierte en el intestino como lo hace un irrigador en el tubo de goma que se le enchufa. La conducta del orificio creado por la anastomosis es variable; no es una puerta permanentemente abierta, su función varía desde la atonía al espasmo, y lógico es creer

que nada se remedia si gastroenterostomizando a un perforado también se distienden las paredes de su estómago. El orificio creado por la neostomía se cierra y abre obedeciendo a la ley de los órganos tubulares musculosos, descubierta por Bayliss y Starling; por verdaderas degluciones intestinales progresa el contenido gástrico.

A los que objetan que con la simple sutura quedan las úlceras expuestas a sus habituales complicaciones, hay que contestarles que ya Nayo dijo en 1906 que la perforación pone fin al proceso ulceroso, y es muy corriente que la simple sutura les prive para siempre de molestias gástricas. De los enfermos que he operado, uno sólo se me ha muerto, cuya historia ya he referido; de los demás, ninguno a vuelto a hablarme de nuevas molestias, y esto me hace creer que se encontrarán bien del estómago.

La sutura acompañada de gastroenterostomía tiene ade-



Los Dres Ferré, Regueiro López, Sala y Catalina en la sesión del 4 de Abril.

más el inconveniente de que prolonga la intervención, aumenta el traumatismo, difunde la infección, opera sobre tejidos contaminados y tiene que ser, y es, operación más grave. No hay que olvidar el consejo de Murphy: «Entrad rápidamente en el vientre y salid más de prisa todavía». Como intervención complementaria la acepto y la he empleada en un caso ya referido que quedó estrecho el píloro.

Y ahora vamos a comentar el criterio de los que quieren resolver los dos problemas a la vez: curar la perforación y la úlcera mediante una reacción reglada para curar el mal de raíz. Hombres de la valía de Duval y Haberer, se muestran entusiasmados con la resección fundados en sus estadísticas; Hartmann no es partidario de ella, porque dice que es más grave. Considero peligroso en Cirugía hacer caso de las estadísticas de los cirujanos cumbres, pues aunque sus consejos los den con sinceridad, sus manos no las pueden prestar a los cirujanos vulgares, y los resultados y estadísticas de éstos tienen que contrastar con las de aquéllos. En el Equipo Quirúrgico del Centro se han operado varias docenas de úlceras perforadas; del cambio de impresiones sobre el particular con los demás cirujanos, he deducido que la resección les ha dado una mortalidad mucho más elevada, y casi todos son partidarios de la intervención mínima ya señalada, tendencia que a medida que ha ido pasando el tiempo han ido acentuado.

Hay que confesar, además, que la situación de la Cirugía ante el problema de la úlcera gástrica es en realidad desairada. La resección no puede considerarse como tratamiento radical de un mal en el cual se desconoce la raíz. Hay

además otras consideraciones fisiológicas para rechazar la resección; no puede suplir a un píloro resecado en sus delicadas funciones un simple empalme gastrointestinal aun teniendo en cuenta lo maravilloso que resulta el trabajo de adaptación a la nueva situación creada por la estática y dinámica alteradas.

El píloro permite con oportunidad la regurgitación alcalina del contenido duodenal que Boldiref ha demostrado y que regula la acidez gástrica. El automatismo de cierre y abertura pilóricas permite un basculante movimiento de jugos ácidos y alcalinos interesantísimos para una buena digestión.

Estas delicadas funciones no se pueden transferir a un orificio artificial. Aun el problema de la retención gástrica no lo resuelve siempre, pues no es raro encontrarlo ocupado tres y cuatro horas después de comer; si esto es más raro con la papilla de contraste, se debe a que por su mayor densidad se escapa más fácilmente por la anastomosis. Queda por último otra razón de peso para mantener mi criterio de intervención mínima en estos enfermos: la formación de úlceras postoperatorias, frecuentes en la gastroenterostomía y menos frecuentes, pero indiscutibles, en los resecados; ésta es una enfermedad nueva que ha creado la cirugía gástrica.

Intervinieron en la discusión los Dres. Regueiro, Carro, Sala, Catalina, Simonena y Fontes.

Dr. Julián Regueiro López: La cuestión presentada es paralela a la que publicamos en 1928 sobre perforación gástrica en úlceras indoloras.

El dolor es característico en la perforación gástrica; no sólo su asiento inicial sino también sus irradiaciones. Gran valor en esta exploración tiene el tacto rectal, así como considerar cumplidamente la existencia del dolor de hombro y el punto frénico.

La desaparición de la macidez hepática tiene poco valor en los primeros momentos, a excepción de cuando su localización es alta.

El tratamiento de la úlcera gástrica perforada será el que el enfermo permita; en lo posible se hará la resección; la posibilidad de gastroenterostomía quedará relacionada con la permeabilidad de píloro o del asa duodenal.

Dr. Santiago Carro García: El conocimiento de este problema y la atención médica para su diagnóstico y tratamiento hace que cada vez se diagnostique y trate mejor el proceso y sea menor el número de los intervenidos. Hace unos años los enfermos morían de perforación sin este diagnóstico y en la actualidad el diagnóstico preciso de los perforados gástricos permite resultados más lisonjeros.

En el diagnóstico clínico de la perforación gástrica tiene valor el cuadro sintomatológico: Dolor abdominal intenso, gran defensa muscular, pulso frecuente, descenso de temperatura y cara peritoneal; es decir, el síndrome clínico del shock. En cuanto a la desaparición de la macidez hepática, no la hemos visto en las primeras horas de perforación gástrica; patogénicamente se explica por diversos mecanismos, y nosotros clínicamente la consideramos relacionada a la presentación de la peritonitis. El médico no debe sugestionarse por este síntoma en cuanto a perforación de úlcera gástrica.

Se habla del valor del radiodiagnóstico de la perforación gástrica; nosotros no le hemos intentado en esta clase de enfermos; creemos que los datos que pueda proporcionar no compensan con las agravaciones que lleva anejo el tras lado del enfermo, así como maniobras preparatorias para esta exploración.

En cuanto al tratamiento, digamos que la úlcera gástrica

perforada no tiene tratamiento médico; al no ser diagnosticada se comprende que no será realizado su verdadero tratamiento, el quirúrgico, y *a posteriori* fijaremos el diagnóstico cuando al proceso peritonítico siga la perigastritis. El proceder quirúrgico ante la úlcera gástrica perforada quedará regulado por la situación del enfermo e igualmente de la perforación; el cirujano tenderá siempre a extirpar la úlcera, pues el suturar o cauterizar, o bien otro tratamiento local de la perforación, lleva anejo la posibilidad del fracaso de la sutura, con todos los peligros consiguientes. La situación de la úlcera perforada, sus relaciones con el píloro o el cardias, haciendo más o menos imposible la resección, fijará en muchos casos la conducta a seguir. La úlcera gástrica perforada, una vez tratada localmente y terminada la intervención con gastroenterostomía, consideramos ésta como proceder no aconsejable; en muchos casos la gastroenterostomía, y en especial con buen funcionamiento pilórico, provoca en el enfermo molestias que su intensidad obliga al cirujano a reoperar y deshacer la gastroenterostomía. Consideramos que el mejor tratamiento de la úlcera gástrica perforada es la gastrectomía.

Dr. Pablo de Sala y María: Una anamnesis detenida en todo perforado gástrico, fija siempre la existencia de antecedentes.

El dolor en la úlcera gástrica perforada puede ser de tres clases. El dolor acusado por el enfermo en el sitio de la perforación; es el dolor de puñalada abdominal y muy distinto al dolor de la crisis aguda del ulceroso gástrico. El dolor de hombro; dolor referido y en relación con la irritación de las terminaciones del frénico. Finalmente, el dolor apendicular, de gran importancia diagnóstica y que ha llevado a algunos autores a diagnosticar de apendicitis casos perforados de úlceras gástricas; dolor por acción del jugo gástrico llegado a esta región; una vez salido del estómago sigue el meso del colon transversal a la flexura hepática y por el canal renal llega a la fosa ilíaca derecha.

La desaparición de la madurez hepática, así como el neumoperitoneo espontáneo y el enfisema subperiumbilical han de ser valorados con atención. Para llegar al diagnóstico de úlcera gástrica perforada nunca debemos esperar la comprobación del síntoma, desaparición de la macidez hepática; aparece tardíamente; antes nos bastan el dolor y la contractura muscular para sentarlo con firmeza. La presencia del enfisema subcutáneo subperiumbilical, así como el enfisema de la región subclavicular, tiene cierto valor diagnóstico.

Consideramos que cuando el perforado gástrico presenta frecuencia de pulso, poco se puede hacer en su beneficio; el enfermo, generalmente, está en trance de morir; en los primeros momentos de la úlcera gástrica perforada el pulso es excelente.

En cuanto a la existencia shock en la úlcera perforada, es mejor no hablar de él; cuando se puede diagnosticar tal estado el enfermo sólo está para morir. La situación en las primeras horas que manifiesta el ulceroso gástrico perforado es mejor definirla, según Mohinyham, de concentración.

En cuanto al tratamiento, la aspiración del cirujano será siempre cerrar la perforación; de quedar estrechez de píloro no hay más remedio que proceder a la gastroenterostomía; se puede llegar a la gastrectomía cuando las condiciones del enfermo lo permitan.

Dr. Alberto Catalina Prieto: Nuestra aspiración debe ser presentar la cuestión diagnóstica con tal claridad que lo pueda hacer todo médico general, única manera de que el cirujano consiga buenos resultados, en especial por operar

en el momento oportuno. A este respecto digamos que la frecuencia del pulso en la úlcera gástrica perforada es más bien lenta en las primeras horas; es en los enfermos donde se obtiene mejor resultado.

En cuanto a la operación de la úlcera gástrica perforada será dentro de lo conveniente manipular lo menos posible; en caso de posibilidad, sólo sutura o invaginación, o bien plastia cuando se comprenda que la sutura no nos puede dar resultados. De ser factible operar en las primeras horas lo mejor es una resección gástrica.

Consideramos que la desaparición de la macidez hepática puede existir sólo por la perforación sin necesidad de que el enfermo haya llegado a la peritonitis.

En el curso postoperatorio en esta clase de enfermos los resultados son más lisonjeros realizando un lavado gástrico a las veinticuatro horas de la intervención o bien antes en caso de que el enfermo aqueje molestias gástricas.

Dr. Leocadio Serrada y Díez: Para llegar a diagnosticar la úlcera gástrica perforada, tienen importancia los caracteres del dolor. Es un dolor que aparece generalmente en plena calma sintomática de un proceso gástrico o duodenal; dolor de puñalada abdominal en enfermo con antecedentes gástricos; dolor cruel; dolor que no calma con morfina ni con atropina, y dolor que va acompañado de contractura abdominal. En las primeras horas un dolor acompañado de 80 a 85 pulsaciones. La situación de este dolor guarda relación con la situación de la perforación y siempre acompañado de alteración en los rasgos fisonómicos.

El valor del síntoma desaparición de la macidez hepática es positivo cuando aparece en las primeras horas, lo que no siempre sucede.

Los enfermos con úlcera gástrica perforada llama la atención la disnea frénica precoz que, si bien existe en todas las peritonitis, su presentación está indicando lesión peritoneal.

El tratamiento de la úlcera gástrica perforada es de oportunidad; el operar en los primeros momentos es raro. Consideramos de utilidad el operar una vez pasados los fenómenos del shock primario; mejor dicho, los fenómenos del falso shock. El tratamiento a realizar será siempre tender a cerrar la perforación; la gastroenterostomía guarda estrecha relación con la situación de la perforación y en especial con las dificultades a la excisión de la úlcera, con la situación anatomopatológica de los tejidos situados alrededor de la perforación. En muchos casos hay que concretarse a cerrar la perforación como se pueda; si se puede hacer la resección, es lo que se debe hacer. La estrechez del píloro o bien de duodeno después de la actuación sobre la perforación coloca al enfermo en la necesidad de la gastroenterostomía e igualmente en la necesidad de instituir un tratamiento postoperatorio adecuado.

Dr. Antonio Simonena Zabalegui: Los casos de úlcera gástrica perforada no son todos iguales; varían en especial con el tamaño de la perforación, y él hace variar no sólo la conducta del cirujano sino el porvenir del enfermo.

En el cuadro clínico del perforado gástrico, además del dolor y la contractura muscular, debemos examinar cuidadosamente los síntomas de algidez; el síndrome de concentración que no falta casi nunca en estos enfermos. No es que pase el pulso de 80, sino que en muchas observaciones tiene una frecuencia de 60, con la particularidad de ser un pulso miuro, duro y pequeño, unido a rasgos fisonómicos descompuestos y descenso de temperatura externa, principalmente de los extremos. Es el conjunto de los fenómenos de concentración.

Ante todo enfermo con dolor abdominal inopinado, vio-

lento, con antecedentes gástricos, contractura muscular abdominal y síndrome de concentración, debemos diagnosticar perforación gástrica y mandar operar rápidamente.

Dr. Luis Fontes Blanco: Todo médico que ha visto una vez un caso de perforación gástrica se encuentra en condiciones de repetir este diagnóstico; es tal el cuadro clínico de estos enfermos que aun ante la variabilidad de algunos de sus síntomas, lo típico de algunos de ellos lleva al diagnóstico exacto.

El tratamiento de la úlcera gástrica perforada será la resección o la sutura, o bien la gastroenterostomía, según la situación de la perforación y las condiciones del caso.—*M. Aceña.*

* *

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Esta Academia ha celebrado su sesión literaria semanal, bajo la presidencia del Dr. D. Nicasio Mariscal, continuándose en la discusión de la ponencia presentada por el doctor Fernán Pérez acerca de los «Problemas higiénicos de la panificación».

Intervinieron en la discusión los Sres. Alarcón, Olea, San Antonio y Franco.

Teniendo en cuenta el carácter educativo de las sesiones de esta Academia, se tomó el acuerdo de que desde la próxima sesión en todas ellas se proyecten películas científicas, estableciendo tribuna pública para que concurra la mayor cantidad de público posible, siendo encargado el Dr. Fernán Pérez de la selección de los programas respectivos.

* *

Sesión del 5 de Abril de 1932.

Preside el Dr. Mariscal.

Se proyectan dos films científicos sobre el funcionamiento de los distintos órganos de la respiración y los medios preventivos de la tuberculosis, dando a conocer la vida en los modernos Preventorios Antituberculosos.

Después de una animada discusión en la que intervinieron los Sres. Olea, Franco, Benito Landa, Fernández Carril, Fernán Pérez y Paz Maroto, fueron aprobadas dos de las conclusiones presentadas por el Dr. Fernán Pérez con la adición propuesta por el Sr. Paz Maroto, quedando redactadas en la siguiente forma:

1.^a La industria de la elaboración del pan nuestro de cada día, es la más necesitada de elementales reglas de higiene.

2.^a Los llamados «mineros blancos» o panaderos suelen trabajar en locales que adolecen de los más graves defectos higiénicos. En atmósferas cargadas de polvo, a temperaturas de 28° a 30° y de noche, dando lugar a un elevadísimo porcentaje de tuberculosis y de morbilidad, siendo, por tanto, indispensable ir mejorando las condiciones higiénicas de dichos locales.

* *

En la sesión del próximo martes 12 del actual, a las seis y media de la tarde, en su domicilio social (Esparteros, 9) continuará la discusión de las conclusiones presentadas por el Dr. Fernán Pérez y desarrollarán sus anunciadas comunicaciones los Sres. Yagüe y Espinosa y D. Tiburcio Alarcón.

* *

SOCIEDAD GINECOLÓGICA

Acta de la sesión del día 30 de Marzo de 1932.

Comienza la sesión, y el Dr. Navarro Blasco presenta su comunicación sobre «Adherencias anormales de la placenta». Expone tres casos de su experiencia personal, en los

que se hizo taponamiento y en dos de ellos lavados intrauterinos con líquido de Dalvin. Revisa todos los tratamientos de placenta acreta, y basándose en las condiciones de extraordinaria gravedad que suelen acompañar a este cuadro clínico, cree que el tratamiento seguido por él debe ser el preferido, ya que las histerectomías vaginales o abdominales ejecutadas en estas condiciones son de un peligro inmediato para la vida de la mujer. Intervienen en la discusión los Dres. Campuzano, que cree se debe histerectomizar y no lavar intrauterinamente, y Rebollo, que habla de la etiología sifilítica de la placenta acreta y propone el tratamiento antilúético. Se muestra partidario de la histerectomía por vía alta. Dr. Pérez Velasco expone un caso de esta naturaleza en que se hizo histerectomía, y el análisis histológico de la pieza extirpada reveló una degeneración (corio epitelioma) que demostró lo acertado del tratamiento. Luque, que expone un caso de cesárea con placenta acreta en que, a pesar de estar abierta la cavidad abdominal, no hizo histerectomía por la gravedad del caso. Parache, que se muestra contrario al taponamiento y, sobre todo, a los lavados intrauterinos, que siempre que ha visto practicar han sido seguidos de un empeoramiento del cuadro clínico. Prefiere la histerectomía vaginal, que ha practicado con bastante sencillez por la elasticidad del útero en estos momentos.

El Dr. Navarro Blasco rectifica, diciendo que la gravedad de estos casos es tan grande que hay que tender a salvar la vida de la enferma por el momento, y, por lo tanto, es preferible el taponamiento, que él sólo acepta como mal menor, los lavados intrauterinos en estos casos le han dado buenos resultados, y si se viera nuevamente en la situación volvería a repetir el tratamiento seguido.

El Dr. García Casal lee su comunicación sobre «Hematosedimentación y cáncer uterino». Dice que la reacción de Farehus, que tan importante papel juega en el diagnóstico ginecológico, tiene mucha menor importancia en el diagnóstico del cáncer; pero a pesar de ello nos proporciona una serie de datos nada despreciables en una afección cuyo principio puede pasar absolutamente inadvertido. En el cáncer de cuello de útero es de todos sabido la inutilidad por imprecisión de las biopsias. En la misma Sociedad Ginecológica se ha insistido sobre la necesidad de histerectomizar a enfermas que no se sabe si tienen carcinoma, pero que sangran y están en el climaterio. El Dr. Casal expone sus casos, y dice que la reacción que es objeto de este trabajo sirve para indicar en caso de retardo progresivo de la sedimentación la no existencia de un carcinoma, y de esta manera poder salvar de mutilación a enfermas que sin este procedimiento serían histerectomizadas.

Intervienen en la discusión los Dres. Campuzano, que no cree en las reacciones de sedimentación como diagnóstico del cáncer; Rebollo, que felicita al Dr. Casal, pero no llega a participar en absoluto de su confianza en la reacción. El Dr. Pérez Velasco, que dice haciendo aceleración de sedimentación hemática en embarazos, procesos agudos y cáncer, no cree sirva para el diagnóstico preciso de éste por no ser específica. El Dr. García Orcóyen, que cree que la reacción ha sido muy estudiada por el Dr. Casal y como tal tiene por ella cierta predilección que le hace ver las cosas con más optimismo del necesario. Como medio diagnóstico no lo cree útil y como anuncio de recidivas tampoco. Haro, que afirma ha practicado estas reacciones en cancerosos sin éxito, ya que en el 32 por 100 de los casos ha encontrado reacciones lentas, si bien es verdad que en las cancerosas en que ésta era rápida nunca se hacía lenta. El Dr. G. de la Torre, que pregunta si sirve para el diagnóstico del cáncer aneural.

GASTRITIS DOLOROSAS

HYPERCLORHIDRIA

ULCERAS

KAOLINASE

KAOLIN PURIFICADO EN POLVO FINO MUY ADHESIVO

CURACIÓN GÁSTRICA



LABORATORIO
TIÓ
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

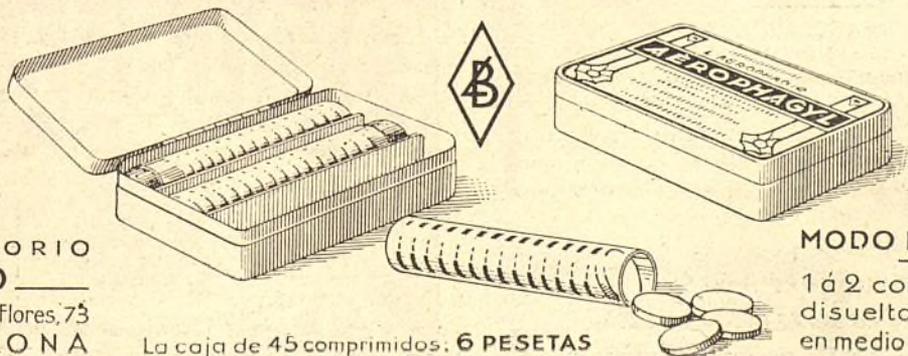


La caja de
20 dosis
de 10 gramos
5 PESETAS

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

- INSOMNIOS
- TRASTORNOS CARDÍACOS
- TRASTORNOS NERVIOSOS
- TRASTORNOS PULMONARES

AÉROPHAGYL



LABORATORIO
TIÓ
Torrente de las Flores, 73
BARCELONA

La caja de 45 comprimidos: 6 PESETAS

MODO DE EMPLEO
1 ó 2 comprimidos
disueltos en el agua
en medio de las comidas

EN INYECCIONES SUB-CUTÁNEAS VERDADERAMENTE INDOLORAS

EL ACETYLLARSAN

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

TRATAMIENTO DE ASALTO
TRATAMIENTO DE PRUEBA
TRATAMIENTO DE SOSTÉN

HEREDO-SÍFILIS

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

Agentes para España:

Madrid: D. Julio García Coll. Calle de Caracas, 13.—Barcelona: D. Javier Coll. Córcega, 269.

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

**LIPÍODOL
LAFAY**

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

HIGIENE Y SALVAGUARDIA DEL

HIGADO

POR LA

BOLDORHÉINE

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

USO

En capsulitas ovales en las comidas con un poco de agua

DOSIS

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

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

OXYGENASE

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

Trastornos de la nutrición y sus consecuencias
 Artritis
 Tuberculosis

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

VITAMINAS CONCENTRADAS

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

El Dr. Casal rectifica diciendo que la hematosedimentación sólo sirve para indicar con toda seguridad la no existencia de un cáncer en aquellos casos en que practicada varias veces en el transcurso de unos días se aprecia una disminución en la velocidad. Con ello contesta a todos, ya que ninguno ha negado esta afirmación. En los demás casos contrarios, es decir, si la velocidad de sedimentación aumenta, ya no tendrá valor la prueba, puesto que puede ser debida a otras afecciones quizás alejadas del aparato genital.

El Dr. Soler levanta la sesión.—El secretario, Dr. Posada.

* *

INSTITUTO RUBIO

Inauguración del cursillo de Fisiología a cargo del Dr. García Triviño.

Ante una numerosa concurrencia de médicos y estudiantes de Medicina, ha comenzado el cursillo sobre tuberculosis que el Dr. García Triviño se propone explicar en el Instituto Rubio.

Después de unas breves palabras en las que significó su deseo y su propósito de que el cursillo resulte útil, ya que no completo, porque en el breve espacio de un mes esto último resultaría imposible dada la extensión que en los tiempos actuales alcanza esta especialidad, comenzó explicando la lección primera, dedicada al estudio de la epidemiología, difusión, contagio y puertas de entrada de la infección tuberculosa.

Señaló la extraordinaria profusión y ubicuidad del bacilo tuberculoso, que se encuentra extendido por todas partes y que hace prácticamente inevitable la infección tuberculosa, que comienza casi siempre desde la infancia, razón por la que todos somos tuberculosos infectados, como se demuestra claramente en las autopsias y en las reacciones diagnósticas con la tuberculina, que dan resultados positivos en más del 90 per 100 de los casos.

Estudió el contagio directo e indirecto provocado por las distintas formas de tuberculosis, llamando muy particularmente la atención acerca de los viejos tosedores, considerados como asmáticos o bronquíticos crónicos y que, sin embargo, en muchas ocasiones son tuberculosos ignorados y peligrosos sembradores de bacilos en el medio familiar y social.

Se ocupó después de las vías de entrada del bacilo tuberculoso en el organismo, demostrando cómo en virtud de las modernas investigaciones se ha llegado al convencimiento de que la mayoría de las veces la entrada se realiza por las vías aéreas o respiratorias, siguiendo en segundo término la vía intestinal y mucho menos preferentemente por la piel y otros órganos.

Terminó estudiando detenidamente la herencia tuberculosa, ocupándose de la transmisión de la enfermedad a través de la placenta por medio de los virus infiltrables, cuyo descubrimiento ha modificado y revolucionado las antiguas ideas que acerca de la herencia y de la predisposición en la tuberculosis dominaban.

El Dr. García Triviño fué muy aplaudido al final de su interesante disertación.

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Bañerios.—Disponiendo que los Establecimientos de aguas mineromedicinales, sin excepción, dispensarán cualquier

tratamiento hidromineral que sea prescrito por un médico en ejercicio legal de su profesión, sin que estas prescripciones necesiten referendo alguno.

ORDEN

Ilmo. Sr.: En virtud de autorización concedida a este Ministerio por Decreto de fecha 31 del mes de Marzo, y teniendo en cuenta el informe de la Dirección general de Sanidad, favorable a la más absoluta libertad de la asistencia médica de los Establecimientos de aguas mineromedicinales, combinada con una rigurosa inspección sanitaria, tanto de aquélla como del régimen y circunstancias de éstos,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Todos los Establecimientos de agua mineromedicinales, sin excepción, dispensarán cualquier tratamiento hidromineral que sea prescrito por un médico en ejercicio legal de su profesión, sin que esta prescripción necesita refrendo alguno.

2.º A los efectos, tanto de orden higiénicosanitario como de carácter médicoprofesional, quedan sometidos todos los Establecimientos de aguas mineromedicinales a la autoridad de los respectivos inspectores provinciales de Sanidad, los cuales vigilarán el cumplimiento de los preceptos generales de higiene, y muy especialmente los que se refieren al régimen sanitario del Establecimiento.

De Orden ministerial lo digo a V. I. para su conocimiento y efectos consiguientes. Madrid, 1.º de Abril de 1932.—Casares Quiroga.—Señor director general de Sanidad. (Gaceta del 5 de Abril de 1932.)

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,4; ídem mínima, 692,1; temperatura máxima, 15°,8; ídem mínima, 3°,3; vientos dominantes, SO. y SSO.

Durante la pasada semana y por efecto de la señalada baja barométrica y alteraciones de las temperaturas, se ha registrado notable agudización de los padecimientos nerviosos, reumáticos y de afectos de los aparatos circulatorio y respiratorio. La salud ha sufrido en general de esta intemperancia de la primavera, tomando todas las formas de la ruptura de normalidad que obedecen a enfriamientos bruscos. No obstante, el índice de mortalidad se sostiene dentro de su marca habitual en la época y las enfermedades infecciosas de la infancia no sufren alteración en su número y modalidades mórbicas. Parece iniciarse la presencia de la tos ferina que otros años se retrasa más en su aspecto de pandemia madrileña.

Estadística de mortalidad en Madrid en el mes de Noviembre de 1931.

CLASIFICACIÓN POR DISTRITOS (1)

	Habitantes.	Defunciones.
Centro.....	45.050	45
Hospicio.....	51.052	67
Chamberí.....	118.006	150
Buenavista.....	132.987	163
Congreso (2).....	101.853	136
Hospital.....	88.062	187
Inclusa.....	80.587	145
Latina.....	89.561	113
Palacio.....	67.704	112
Universidad.....	118.861	144
TOTAL.....	893.223	1.262

(1) Las defunciones en hospitales se clasifican en el distrito de procedencia del fallecido.

(2) De las defunciones de este distrito corresponden al establecimiento de la Inclusa 5.

DEFUNCIONES CLASIFICADAS POR GRANDES GRUPOS DE EDADES	
Menos de un año.....	101
De uno a cinco años.....	77
De cinco a veinte ídem.....	79
De veinte a cuarenta ídem.....	212
De cuarenta a sesenta ídem.....	294
De sesenta a ochenta ídem.....	384
De ochenta en adelante.....	115
Sin clasificación.....	»
TOTAL.....	1.262
Se segregan las defunciones de <i>transeúntes</i> y por causas externas.....	
	103
TOTAL.....	1.159
En igual mes de 1930 (totalidad).....	1.287
Diferencia en 1931 (totalidad) (menos).....	25
Proporción por 1.000 (deduciendo <i>transeúntes</i> y causas externas).....	1,298
Término medio diario (totalidad).....	42,07

PRINCIPALES CAUSAS DE DEFUNCIÓN

Nomenclatura abreviada. (Aprobada por la Comisión internacional reunida en París en Octubre de 1929.)	
Fiebre tifoidea y paratifoidea.....	8
Tifus exantemático.....	»
Viruela.....	»
Sarampión.....	3
Escarlatina.....	2
Coqueluche.....	1
Difteria.....	2
Gripe o influenza.....	9
Peste.....	»
Tuberculosis del aparato respiratorio.....	108
Tuberculosis de las meninges.....	12
Otras tuberculosis.....	17
Sífilis.....	4
Paludismo (malaria).....	»
Otras enfermedades infecciosas y parasitarias.....	23
Cáncer y otros tumores malignos.....	96
Tumores no malignos.....	7
Reumatismo crónico y gota.....	2
Diabetes sacarina.....	15
Alcoholismo crónico o agudo.....	»
Otras enfermedades generales y envenenamientos crónicos.....	16
Ataxia locomotriz progresiva y parálisis general.....	4
Hemorragia cerebral, embolia o trombosis cerebrales.....	76
Otras enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos.....	21
Meningitis simple.....	28
Enfermedades del corazón.....	174
Otras enfermedades del aparato circulatorio.....	51
Bronquitis aguda.....	18
Bronquitis crónica.....	52
Neumonía.....	133
Otras enfermedades del aparato respiratorio (excepto tuberculosis).....	34
Diarrea y enteritis.....	51
(De ellas, 39 en menores de dos años)	
Apendicitis.....	13
Enfermedades del hígado y de las vías biliares.....	33
Otras enfermedades del aparato digestivo.....	60
Nefritis.....	65
Otras enfermedades de los aparatos urinario y genital.....	18
Septicemia e infección puerperales.....	8
Otras enfermedades del embarazo, del parto y del estado puerperal.....	2
Enfermedades de la piel, del tejido celular, de los huesos y de los órganos de la locomoción.....	4
Debilidad congénita y vicios de conformación congénitos, nacimiento prematuro, etc.....	25
Senilidad.....	41
Suicidios.....	5
Homicidios.....	1
Otras muertes violentas o accidentales (excepto suicidio y homicidio).....	18
Causas no especificadas o mal definidas.....	2
TOTAL.....	1.262

OBSERVACIONES.—Como todos los años, la mortalidad de Noviembre fué mayor que la del pasado Octubre. En el presente este aumento ha sido de 133 casos, registrados casi en su totalidad en las edades avanzadas (de sesenta años en adelante). A pesar de ello, la cifra media diaria de mortalidad de Noviembre sólo ha superado en 1,36 al promedio presentado por igual mes durante el último quinquenio.

Madrid, 18 de Diciembre de 1931.—El alcalde presidente, *Pedro Rico*.

CRONICAS

Médicos de Bañeros.—En la *Gaceta* del 4 del actual se publica un decreto cuyo artículo único dice:

«Mientras se promulga una nueva legislación balnearia, queda autorizado el ministro de la Gobernación para resolver en la forma que estime conveniente cuantos asuntos se refieran al régimen de los Bañeros y a la provisión de las plazas de médicos-directores de los mismos.»

Noticias.—Se ha nombrado a D. Eliseo de Buen Lozano para la plaza de médico, a D. Juan Gil Collado para la de entomólogo y a D. Nicasio Luengo y Martín Corrochano para la de farmacéutico, dependientes de la Comisión Central Antipalúdica.

—La *Gaceta* del 30 de Marzo publica la relación de los señores aspirantes al concurso-oposición para proveer plazas de médicos fisiólogos, ayudantes y estado en que se encuentran sus documentaciones.

—Ha sido nombrado D. Diego Hernández Pacheco de la Cuesta para la plaza de médico inspector de minas en la lucha contra la anquilostomiasis.

—Se ha nombrado a D. Tomás Sala y Sánchez catedrático numerario de Pediatría de la Facultad de Medicina de Cádiz y a D. Vicente Sanchiz y Bayarri catedrático numerario de Higiene con prácticas de Bacteriología sanitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valencia.

«A B C de Análisis Clínicos».—Hemos venido anunciando en las páginas de esta Revista obras que con el 20 por 100 de descuento pueden adquirir los suscriptores de EL SIGLO MÉDICO. El considerable pedido de obras que nos han hecho ha agotado una de ellas, la del Dr. Bausa Arroyo, «A B C de Análisis Clínicos», y sentimos mucho no poder servir las últimamente solicitadas de este autor, como tampoco podremos remitir las que nos pidan desde esta fecha.

Obras recibidas.—Trabajos del Hospital Nacional de Enfermedades infecciosas (antes Hospital del Rey). Volumen II. Editorial Paracelso. 16 pesetas. (Curso 1930 1031.)

—«Manual técnico de Análisis Clínicos», por E. Suárez Peregrín. 2.^a edición. 16 pesetas. Editorial Urania. Granada.

—«La Dentition chez les Enfants», por Emile Cassoute 25 francos. Casa editorial L'Expansion Scientifique Française. Paris.

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

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

SULFOBARIUM (Marca y nombre registrados).

SULFATO DE BARIO PARA RADIOSCOPIA

Único preparador en España: DOCTOR GIRAL

Catedrático y Académico.—Atocha, 35.—Teléf. 10.028.—Madrid

Forma emulsionable en frío: 2,90 ptas. caja de 150 gramos.

Forma cremosa: 4,40 ptas. frasco de 250 gramos.

Ambas formas: A granel por kilos.—Muestras gratuitas.

SIL - AL Silicato de aluminio, fisiológicamente puro.

Laboratorio Gámir, Valencia. — J. Gayoso, Madrid

IMPRESA DEL SUCESOR DE ENRIQUE TEODORO

Glorieta de Santa María de la Cabeza, 1.—Madrid. Teléfono 70.488