

EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

APARECE TODOS LOS SABADOS

FRANQUEO
CONCERTADO

HISTORIAL

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

PUBLICACIONES REFUNDIDAS

Boletín de Medicina, Gaceta Médica, Genio Médico-Quirúrgico, Fundador: Tejada y España.
Correspondencia Médica, Fundador: Cuesta y Ckerner.— La Sanidad Civil, Fundador: D. J. Albiñana.

PRECIOS DE SUSCRIPCIÓN

En toda España, América y Portugal, 25 pesetas al año, 14 semestre y 8 trimestre. Los demás países, 50 pesetas.
Número corriente 1 peseta. — Toda suscripción se considera prorrogada, de no recibir aviso en contrario. — Pago adelantado. — Número atrasado 2 pesetas.

La correspondencia administrativa y giros al administrador. } Apartado de Correos, núm. 121.
La científica y profesional al Director. }

En el

asma bronquial

acción rápida y persistente con la

CARDIAZOL-EFEDRINA

«KNOLL»

Profilácticamente y como sedativo durante el acceso.

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

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

KNOLL A.-G., Lúdwigshafen del Rhin.

Klimaktón «Knoll»

En los achaques de la edad crítica
Tubos de 20, frascos de 50 grageas



Ayuntamiento de Madrid

PRODUCTOS FARMACÉUTICOS ESPECIALIZADOS

MAURICIO LEPRINCE

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

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

PARIS, 62, rue de la Tour, PARIS

MEMENTO TERAPÉUTICO

Indicaciones terapéuticas.

Facsimil de los productos.

Dosis y modo de empleo

CASCARINE LEPRINCE

(C¹² H¹⁰ O⁵)

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

Colagogo y copragogo de primer orden.



CASCARINE LEPRINCE

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

GUIPSINE

Principios activos del muérdago.

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



GUIPSINE

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

Píldoras

del

Dr. Sejournet

á base de Santonina.

Tratamiento de la diabetes sin régimen especial.



Píldoras

del

Dr. Sejournet

Píldoras dosificadas, á 0,02 de Santonina.

Una en cada comida.

RHOMNOL

(C⁴⁰ H⁵⁴ A¹⁴ P⁴ O⁷²)

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



RHOMNOL

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

EUMICTINE

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

(Tratamiento completo.)



EUMICTINE

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

NUEVA PREPARACION

NEO - RHOMNOL

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



Completamente asimilable.

NEO - RHOMNOL

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

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

2 comprimidos al día.

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

Depósito en las principales Farmacias de España y del Extranjero.

Peritonitis con síndrome gástrico.—Precisamente por las mismas razones que las formas precedentes hacían pensar en un proceso de la vesícula biliar o del hígado; cuando la peritonitis se localiza alrededor del estómago hace creer en la existencia de una úlcera gástrica, de una dispepsia, y si se trata de sujetos de edad avanzada que se encuentran sumamente emaciados por esta enfermedad, en un tumor maligno. Como exploraciones auxiliares para el diagnóstico se hará la radioscopia, que demuestra que no existen muecas ni biloculación; la exploración del quimismo gástrico y la de los puntos dolorosos y estudio de las crisis dolorosas espontáneas que no guardan relación con las comidas. Desgraciadamente, basta repasar esta enumeración para convencerse de lo falaz que es el auxilio de esta serie de exploraciones, porque en un proceso gástrico genuino se pueden dar los resultados negativos de todas estas exploraciones. El dato fundamental consiste en la existencia de algún foco bacilar y especialmente la pleuresía reciente.

Las formas de peritonitis tuberculosa localizada que llevamos descritas son de localización alta; cuando no en inmediato contacto con el diafragma, en las proximidades del mismo. Ahora vamos a tratar de las formas de localización baja que se encuentran en las inmediaciones de los órganos genitales femeninos y de los urinarios y simulan, por tanto, procesos de éstos.

La peritonitis de localización pelviana se encuentra, sobre todo en la mujer, bajo la forma de pelvipertonitis, pero se conocen, desde luego, algunas observaciones en el hombre. Puede ser el punto en que se inicie una peritonitis crónica difusa. Los trastornos que se presentan son sumamente variados. En la mayoría de los casos, la enferma se queja simplemente de trastornos menstruales con flujo blanco. Tiene esta enferma dolores a nivel de sus genitales, que se extienden hacia la región lumbar, flujo mucopurulento en el cual, seguramente, no se podrá demostrar la existencia de bacilos de Koch. El tacto demuestra la existencia de empastamientos en los fondos de saco, y el diagnóstico en la mayoría de los casos es el de anexitis doble con peritonitis

tencia de un proceso inflamatorio en el peritoneo, pero no se ha determinado aún la naturaleza del mismo.

Para esto último hay que consultar el interrogatorio del enfermo, del cual se obtienen aproximadamente los datos siguientes: en la mayoría de los casos ha adelgazado, lleva ya bastante tiempo padeciendo inapetencia, dispepsia o náuseas; los hay que padecen dolores intensos en el bajo vientre con irradiación a la región lumbar y a los miembros inferiores. Otras veces se trata de accesos alternantes de diarrea y de estreñimiento que se producen independientemente de la alimentación. Poco a poco se ha ido formando el meteorismo. Los trastornos gastrointestinales son muy confusos, y corrientemente no se les puede atribuir a una causa muy clara.

Van acompañados de síntomas generales cada vez más acusados, a los cuales se debe prestar cada vez mayor atención porque demuestran la existencia de la infección tuberculosa y de la caseificación. Con frecuencia se trata del adelgazamiento propio de todos los procesos tuberculosos que contrasta enormemente con el gran volumen del vientre, la temperatura, que se suele elevar a 38,5° y que lleva una evolución cíclica, generalmente en relación con el aumento y con la disminución de los procesos tuberculosos. También presenta el enfermo taquicardia e hipotensión. Auscultado cuidadosamente el pulmón de estos enfermos con el fin de confirmar la naturaleza tuberculosa del proceso, se observa con frecuencia que los vértices no presentan indicio alguno de reacción. Solamente en los casos de tuberculosis tórpida que evolucionan en numerosos brotes se hallará en un vértice o en ambos un proceso catarral. En cambio es corriente en las bases fenómenos de reacción pleural consistentes en roces, pero no se encontrará derrame en la mayoría de los casos. Cabe todavía el error con otro proceso tuberculoso, que es la tuberculosis aislada de los ganglios peritoneales conocida con el nombre francés de «carreau».

Este proceso afecta a los niños entre los cinco y los diez años de edad, es muy poco frecuente, no se suele acompa-



ñar del abombamiento del vientre, aunque se haya solito decir otra cosa, y se distingue porque los ganglios mesentéricos no son accesibles a la palpación. El infarto de los ganglios de la ingle y la circulación colateral del abdomen no tienen nada de característico. Por lo general no se encuentra síntoma alguno que permita precisar la localización. Además, la tuberculosis de los ganglios mesentéricos no se presenta sola, sino asociada a la del intestino, y no hay muchas veces síntoma alguno que permita descubrir que, además de ésta, existe aquella. En el adulto se puede pensar en la existencia de nódulos sarcomatosos o carcinomatosos, o de quistes hidatídicos profundos.

En la peritonitis difusa fibroadherente domina el proceso fibroso. Determina dos procesos muy peculiares: uno de ellos es el proceso fibroso crónico, generador de la sínfisis peritoneal, y el otro se presenta buscamente y con aspecto agudo, bajo la forma de una oclusión intestinal. Muchas veces el síndrome sínfisiario es secundario a una de las formas precedentes. Otras veces se produce desde el principio con esta forma. Los plastrones peritoneales o la cuerda mesentérica se hacen cada vez más duros, las masas líquidas van desapareciendo y la fiebre se atenúa y desaparece. El vientre no se encuentra tampoco abombado, sino que se encuentra retraído, y como en barca o en quilla.

El proceso fibroso va dando lugar, poco a poco, a una sínfisis del peritoneo visceral con el parietal, sobre todo con el de las paredes posteriores del abdomen, sínfisis cuya consecuencia es que el enfermo tiene que adoptar una posición engatillada o encorvada hacia adelante y que, cuando es muy intensa, no puede enderezar el tronco ni flexionar mucho el muslo sobre la pelvis sin sufrir dolores muy intensos, pero lo que no es fatal es que llegue a este grado de sínfisis, pues existen con frecuencia grados alternados del proceso. Los síntomas generales no son constantes, pero hay muchas veces síntomas funcionales que dependen de la localización peculiar del proceso en aquel caso.

Así no es raro observar dolores neurálgicos, como tampoco lo es que haya trastornos respiratorios, disuria o ede-

verdaderas crisis de cólico hepático sin ictericia, habiéndose dado el caso de enviar algunos de estos enfermos a bañerías como Vichy, adecuadas para las lesiones hepáticas. Por la palpación se demuestra que algunos de estos enfermos presentan en la región de la vesícula un empastamiento sumamente doloroso.

Algunas veces se producen simultáneamente con estos paroxismos accesos febriles que se suelen calificar de fiebre bilioséptica. Cuando se opera a estos enfermos con el fin de aislar y librar de adherencias la vesícula, se ve con sorpresa que no las tienen, sobre todo que no se encuentran en su interior los cálculos que se esperaba encontrar y que a lo sumo se encuentran en las inmediaciones gruesas bridas conjuntivas vascularizadas y grandes gomas tuberculosas. Estas formas de peritonitis han llevado el nombre de perilepatitis tuberculosas, y según los casos, han hecho creer en una citrosis del hígado, en un quiste hidatídico o en una perilepatitis de otra naturaleza.

La peritonitis de síndrome frénico consiste en un proceso tuberculoso que afecta a la pleura y al peritoneo, pero solamente o casi exclusivamente en aquella parte de ambas serosas que está cubriendo el diafragma. Mientras permanece seca, y sobre todo al principio de su evolución adquiere el aspecto de un proceso cualquiera gástrico, hepático, intestinal, etc., por lo que el diagnóstico es excepcionalmente difícil. Muchas veces se trata tan sólo de dolores intercostales con fiebre ligera que presentan de cuando en cuando exacerbaciones caracterizadas por trastornos torácicos como la disnea y la tos o trastornos abdominales como los vómitos y el tórax. El diagnóstico de esta forma de peritonitis se puede solamente sospechar, en primer lugar, si el enfermo presenta ya síntomas locales o generales de tuberculosis y tiene los síntomas indicados; en segundo lugar, por esta asociación de los síntomas locales con los viscerales del tórax o del abdomen. La exploración recaerá sobre la existencia del síndrome frénico, que consiste en dolores a lo largo del trayecto de este nervio y de las inserciones del diafragma.

TERTULIA MÉDICA

HISTORIA - ARTE - CRÍTICA

— AMENIDADES —

21-V-1932

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

Los Maestros de la Ciencia.

SIR RONALD ROSS

Nació el 18 de Mayo de 1857.

Ronald Ross, que descubrió la intervención del mosquito en el paludismo,



nació en las Indias tres días después de estallar la gran Insurrección. Su padre, el general Ross, era un artista hábil, un entusiasta «sportsman» y un soldado eminente.

En 1865, Ronald Ross fué enviado a Inglaterra para que allí restableciera su salud e iniciara sus estudios. Pasó de una escuela a otra adquiriendo curiosos conocimientos para poder exclamar más

tarde: «mis padres han malgastado el dinero en mis estudios; en cualquier biblioteca hubiese aprendido lo mismo en unos meses». Pero si no aprovechó debidamente sus años de estudio, Ronald Ross sacó de ellos, en cambio, una base matemática, un conocimiento superior de la literatura inglesa y ciertas aptitudes artísticas que más tarde habían de prestarle grandes servicios. En 1873 obtuvo el número 1 en un concurso nacional de dibujo que se celebró en Inglaterra.

A los diecisiete años no sabía qué camino seguir. Sus aficiones artísticas le inducían a consagrarse al arte, pero su padre que conocía los sinsabores de la vida de los artistas, no le animó a optar por este camino. Ronald Ross no sentía atractivo alguno por la Medicina y sólo pudo convencerle su padre con la des

si regresaba allá en calidad de médico.

Después de aprobar su doctorado en Londres, Ross empezó a practicar a bordo de un barco que hacía el servicio entre Londres y Nueva York, transportando una carga mixta de pasajeros de primera clase, emigrantes y ganado. Después de seguir los cursos obligatorios de Medicina y cirugía de Netley (Inglaterra), ingresó a comienzos de 1881 en el servicio médico de las Indias.

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

Véase anuncio, página III.

Se hablaba allí de medidas sanitarias, de ventilación, de análisis, pero ni una palabra de bacteriología.

Pasaron relativamente tranquilos los primeros años en las Indias. Poco después de 1890, durante una visita que hizo a Londres, ocurrió un incidente que fué decisivo en su carrera. Encontró allí al Dr. Patrick Manson, poco conocido entonces, que acababa de terminar en China unos trabajos notables de parasitología y que se había establecido como médico en Londres. Este encuentro fortuito fué el punto de partida de una colaboración que sólo terminó con la muerte de Manson.



cripción de las cacerías y de las excursiones que podría hacer en las Indias,

| | | Tipos al tanto por cientos. |
|----|---------------------------------------|-----------------------------------|
| b) | De 1.000,01 a 10.000 pesetas..... | 30,00 |
| c) | De 10.000,01 a 50.000 ídem..... | 32,40 |
| d) | De 50.000,01 a 100.000 ídem..... | 33,60 |
| e) | De 100.000,01 a 250.000 ídem..... | 34,80 |
| f) | De 250.000,01 a 500.000 ídem..... | 35,40 |
| g) | De 500.000,01 a 1.000.000 ídem..... | 36,00 |
| h) | De 1.000.000,01 a 2.000.000 ídem..... | 36,30 |
| i) | De 2.000.000,01 a 5.000.000 ídem..... | 36,60 |
| j) | De 5.000.000 en adelante..... | 36,90 |

En favor del alma:

| | | |
|----|---------------------------------------|-------|
| a) | Hasta 1.000 pesetas..... | 28,86 |
| b) | De 1.000,01 a 10.000 pesetas..... | 30,00 |
| c) | De 10.000,01 a 50.000 ídem..... | 32,40 |
| d) | De 50.000,01 a 100.000 ídem..... | 33,60 |
| e) | De 100.000,01 a 250.000 ídem..... | 34,80 |
| f) | De 250.000,01 a 500.000 ídem..... | 35,40 |
| g) | De 500.000,01 a 1.000.000 ídem..... | 36,00 |
| h) | De 1.000.000,01 a 2.000.000 ídem..... | 36,30 |
| i) | De 2.000.000,01 a 5.000.000 ídem..... | 36,60 |
| j) | De 5.000.000 en adelante..... | 36,90 |

Art. 18. El recargo sobre las transmisiones de bienes

por herencias entre parientes desde el quinto grado colateral inclusive y extraños, establecido por la Ley de 26 de Julio de 1922, para acrecentar el importe de las libretas de capitalización de los asalariados comprendidos en el régimen legal de retiros obreros que tengan más de cuarenta y cinco años, se extiende a las transmisiones de la misma naturaleza entre colaterales del tercero y cuarto grado siendo el tipo de recargo del 5 por 100 en las transmisiones hereditarias entre colaterales del tercer grado, del 7 por 10 en las del cuarto grado y del 10 por 100 en las de grados más distantes y en las de herencias a favor del alma de causante.

Art. 19. El art. 38, comprendido en el título II de la precitada Ley, referente al impuesto sobre el caudal relicto queda redactado en la siguiente forma:

«Quedan exceptuados del impuesto los bienes y derechos en cuya propiedad hayan de suceder al causante, sus padres, sus descendientes o los Establecimientos de Beneficencia e Instrucción pública y privada, los comprendidos en los conceptos «Asociaciones obreras, Cooperativas» y «Corporaciones locales».

Art. 20. La redacción del art. 39 de la misma Ley será la siguiente:

«El caudal relicto líquido sobre el cual ha de liquidarse el impuesto se determinará obteniendo el valor comprobado del caudal relicto íntegro sujeto a este tributo con

Ross no tardó en apercibirse de las consecuencias posibles de la teoría de Mancon, según la cual era el mosquito quien transmitía el microbio del paludismo.

"MALTOPOL"

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

mo. De regreso a las Indias empezó a buscar la confirmación de esta teoría, haciendo innumerables estudios e investigaciones sobre diversas variedades de mosquitos. Estaba en correspondencia constante con Manson, a quien escribió a Londres entre 1885 y 1899 más de 100 cartas. En sus contestaciones, Manson no cesó de animarle para que prosiguiera sus ensayos.

En 20 de Agosto de 1897, «Día del Mosquito», como lo llamó Ross, examinaba con el microscopio el tubo digestivo de un mosquito del género anofeles, cuando descubrió unos corpúsculos claros y perfectamente redondos, demasado netos de contorno y pequeños para ser las células ordinarias del tubo digestivo del insecto. En realidad, descubrió el mismo microbio que muchos años antes Laveran había descubierto en la sangre de los seres humanos atacados de paludismo.

El 24 de Septiembre del mismo año,

SARNA

Cúrase con SULFURETO CABALLERO

Ross, que proseguía sus trabajos para confirmar el descubrimiento, recibió orden de trasladarse inmediatamente a Bombay para cumplir su servicio militar. Hoy es fácil criticar a las autoridades

des militares que interrumpieron unas investigaciones científicas que habían de abrir una era nueva en la Medicina, pero en aquella época pocas personas, fuera de Ross y Manson, sospechaban siquiera la importancia del descubrimiento de este investigador ignorado.

A pesar de la interrupción brusca de sus trabajos, Ross emprendió nuevas investigaciones en otro sentido. No disponiendo de seres humanos para estudiar sobre ellos los efectos del parásito del paludismo, buscó en los pájaros el ciclo de existencia del parásito que transmite la fiebre palúdica, enfermedad análoga al paludismo del hombre.

Estos estudios, iniciados en 1898, no solamente revelaron el ciclo completo

STROPHANTUM

PALLARÉS

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

de existencia del parásito, sino que llevaron a Ross al convencimiento de que el parásito del paludismo, tanto en el hombre como en el pájaro, debía desarrollarse exclusivamente en ciertas variedades de mosquitos.

En Noviembre de 1902 recibía Ross la noticia de que se le había otorgado el Premio Nobel de Medicina por sus trabajos sobre el paludismo. Su visita oficial a Estocolmo para recibir el premio, coincidió con las fiestas de Navidad y Ross escribe en sus Memorias evocando la hospitalidad sueca: «De mediodía a medianoche pasamos el tiempo comiendo suculentos manjares y oyendo lindas canciones suecas.»

Desde 1897, Ross lleva una vida activa y viaja sin cesar. En vez de estable-

cerse en Londres y hacer fortuna en calidad de especialista de enfermedades tropicales, prefirió dedicarse a la obra más ardua y menos remuneradora de la

ANTIPHLOGISTINE

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

enseñanza y de la investigación científica. El Gobierno le comisionó en diversas ocasiones para efectuar investigaciones relacionadas con epidemias o endemias, sobre todo con el paludismo. Durante la gran guerra fué enviado a Alejandría para estudiar la terrible epidemia de disentería que causaba tantos estragos en los Dardanelos, regresando después a Londres para ocuparse del paludismo.

En 1919 formó parte del grupo de sabios eminentes convocados por Henry P. Davison, presidente del Comité de guerra de la Cruz Roja norteamericana, para estudiar en Cannes el plan de acción de la Cruz Roja en tiempo de paz. Así Ronald Ross desempeñó un papel preponderante en la fundación de la Liga de Sociedades de la Cruz Roja.

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

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

LA FUERZA es el carácter distintivo del hombre, y la debilidad, del de la mujer.

MANUEL MERCADER.

SIGUE A LA PÁGINA XVIII

arreglo al art. 36 y deduciendo de ese valor los conceptos siguientes:

1.º El importe de las hipotecas y de las cargas y deudas que, conforme a lo ordenado para el impuesto de Derechos reales, son deducibles de la herencia.

2.º La cantidad de 2.000 pesetas.

3.º Una cantidad igual a la que haya de servir de base para liquidar el impuesto de Derechos reales, correspondiente a los padres o a los descendientes, o al viudo del dueño del caudal y a los Establecimientos de Beneficencia o de Instrucción pública o privada y a la cantidad comprendida en el concepto «Asociaciones obreras y Cooperativas» y «Corporaciones locales» de la adjunta tarifa.»

Art. 21. Al art. 43 de la Ley se adicionará la locución «salvo si por su naturaleza o destino no fueren susceptibles de producir renta.»

Al mismo artículo se adicionará el siguiente párrafo:

«No están sujetas a este impuesto las Compañías de ferrocarriles y, en general, las Sociedades mercantiles.»

Al apartado E) del art. 44 de la mencionada Ley se adiciona la locución «y de modo especial los bienes muebles e inmuebles que, con arreglo a la legislación vigente en la materia, constituyan el Tesoro Artístico Nacional.»

Al mismo art. 44 se adiciona el siguiente párrafo:

«H) Los bienes que, con arreglo a la ley especial de

Confesiones y Congregaciones religiosas, estén exentos de tributación.»

El párrafo primero del art. 45 de la Ley de 28 de Febrero de 1927 queda redactado como sigue:

«Los bienes comprendidos en los apartados A) a E) y H) del artículo anterior, así como los Establecimientos oficiales de Beneficencia pública, el Instituto Nacional de Previsión y sus Cajas colaboradoras, cuando realicen éstas las funciones propias del mismo, y los Montes de Piedad que estén bajo el Protectorado del Gobierno, no necesitarán obtener declaración especial de exención.»

Se suprime el art. 47 de la referida Ley de 28 de Febrero de 1927.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. Las disposiciones transitorias primera, segunda y tercera de la Ley de 28 de Febrero de 1927 quedan redactadas en la siguiente forma:

«1.º Los preceptos de esta Ley, en cuanto modifican los anteriores, se aplicarán a los actos y contratos causados o celebrados a partir del día siguiente al de su publicación.»

Se aplicarán igualmente a los causados o celebrados con anterioridad que se presenten a liquidación fuera de los plazos reglamentarios y de las prórrogas que hubiesen sido concedidas, siempre que en virtud de sus disposiciones hayan de practicarse liquidaciones de cuantía superior a

LABORATORIO FARMACÉUTICO

PONS, MORENO Y C.^A

DIRECTOR: D. BERNARDO MORALES

BURJASOT VALENCIA
ESPAÑA

Jarabe Bebé

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

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

Tetradínamo

(ELIXIR E INYECTABLE)

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

Septicemiol

(INYECTABLE)

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

Eusistolina

(SOLUCION E INYECTABLE)

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

Mutasán

(INYECTABLE)

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

Al pedir muestras indíquese esta Revista y estación de ferrocarril.

Balneario de Carlos III

TRILLO

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

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

Nervios. - Reuma. - Escrófula. - Piel.

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

Servicio directo desde Madrid en tres horas

Informes y folletos:

HOTEL LEONES DE ORO, Carmen, 30, Madrid.

✦ 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

Lysiform

PRODUCTOS ANTISÉPTICOS

1. DESINFECTANTE de olor agradable para usos clínicos y terapéuticos. Desinfección del instrumental, ginecología, dermatología, partos cirugía y para el cuidado de enfermos infecciosos. Secante y cicatrizante rápido de heridas. Adoptado por las Facultades de Medicina.

2. ELIXIR DENTRIFICO único verdadero antiséptico de la boca y para el cuidado de la dentadura. Evita infecciones.

3. JABON ANTISEPTICO medicinal, de tocador neutro y perfumado, para cutis sensible.

R. TESCHENDORFF. - Serrería, 9, Grao (Valencia)

PREPARADOS DE SOLVENCIA CIENTIFICA

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

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

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

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

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

Laboratorio LUNA PEREZ

LUCENA (CÓRDOBA)

LA MEDICACIÓN IODADA

Inmediata e intensa
POR LA

NÊO-RIODINE

TOLERANCIA PERFECTA — SIN IODISMO

Solución acuosa de yodo
Orgánico inyectable

44 % de yodo



En
inyecciones
intravenosas
o intra-
musculares.

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

RIODINE

Eter glicérico
yodado del ácido
ricinoletico.

Compuesto químicamente
definido y estable

$(C_{15}H_{33}O_3)_3 (1H)_2 C_3H_5$

DOSIS MEDIA :
2 a 6 perlas al día.



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

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

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

ZINOSAL

JUSTE

COLIRIO A BASE DE SULFATO DE ZINC QUÍMICAMENTE PURO

Instilación indolora. — Aplicación cómoda. — Conservación aséptica.

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

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

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



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

Francisco Navacerrada, 3, hotel. — Teléfono 55.386.



EL SIGLO MÉDICO

REVISTA CLÍNICA DE MADRID

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

PROGRAMA CIENTIFICO:

Lema: Progressi sumus, progredimur, progrediemur.

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

SUMARIO: Sección científica: Profilaxis y tratamientos protocausales de las enfermedades determinantes de las tuberculosis, por el Dr. Camilo Calleja.—Instituto Médico-Quirúrgico «La Encarnación»: Trastornos del metabolismo hidrocarbonado. Hipoglucemias, por Federico Peco.—Concepto actual del reumatismo blenorragico, por el Dr. Javier M. Tomé Bona.—Sesiones clínicas.—Bibliografía.—Periódicos médicos.

Profilaxis y tratamientos protocausales de las enfermedades determinantes de las tuberculosis

POR EL

DR. CAMILO CALLEJA

SUMARIO.—A. Prenoción del criterio etiológico, considerando como verdaderas causas de las enfermedades únicamente las primarias, o sean las protocausas.—B. Patogenia de los procesos pretuberculosos que se observan en el organismo humano.—C. Papel del bacilo de Koch en la producción de la tuberculosis.—D. Corolario deduciendo las principales indicaciones profilácticas y protocausales de las enfermedades pretuberculosas.

A. — PRENOCIÓN DEL CRITERIO ETIOLÓGICO, CONSIDERANDO COMO VERDADERAS CAUSAS DE LAS ENFERMEDADES ÚNICAMENTE LAS PRIMARIAS, O SEAN LAS PROTOCAUSAS.

Los problemas de la tuberculosis no se han resuelto todavía por la desorientación etiológica que viene reinando y por haber reunido bajo un mismo nombre múltiples procesos morbosos en los que se produce la tuberculización. Se califican como tuberculosos todos los enfermos que ofrecen manifestaciones de la tuberculización, cualesquiera que sean las enfermedades que padecen.

En mi opinión, la hipótesis contagionista carece de fundamento, debiendo reconocer que las tuberculosis cuando no hay inoculación cruenta del virus no se producen por el contagio del bacilo tuberculoso ni siquiera entre convivientes. Mas para comprender la explicación anticontagionista es preciso rectificar previamente el criterio etiológico, pene trándose, sobre todo, de las trascendentales consecuencias morbíficas de la privación parcial de la respiración interna cuando es crónica, o sea cuando dura dos o más meses. Los efectos patógenos de dicha privación y de otras causas que son coadyuvantes es necesario también conocerlos a fondo para

contrarrestar el predominio exclusivo de los experimentos del laboratorio. Por esto consideramos que todo el que tenga dilatada práctica en la asistencia de las familias está obligado a manifestar el resultado de su experiencia, el cual, a mi juicio, es enteramente distinto del obtenido por la patología experimental. Es urgente que cese la incertidumbre y la anarquía actual sobre los problemas patológicos y terapéuticos de las tuberculosis. Prueba de nuestra censura es que no se hallan dos publicaciones con pareceres unánimes y el numerosísimo arsenal de remedios propuestos y usados sin la eficacia prometida.

La explicación simplista que dan los contagionistas sobre la etiología y patogenia de las tuberculosis es uno de los errores más trascendentales de la Medicina. Hora es ya de que se relegue al olvido la simplista fábula del contagio de la tuberculosis por convivencia; esto es, sin inoculación.

Es preciso rectificar el concepto de las causas morbíficas, porque para establecer la indicación primordial en Medicina, tanto en la profilaxis como en la terapéutica, hay que conocer las causas morbíficas primarias, distinguiéndolas claramente de las secundarias, y no como de ordinario sucede, considerar éstas como si fuesen de la misma categoría que las primeras. Es un motivo para que subsista esta confusión el designar con el mismo nombre todas las causas, sean primarias o secundarias, puesto que las secundarias ya no son realmente causas morbígenas sino efectos morbosos o afecciones que son precursoras o productoras de otras afecciones. Por esta razón conviene dar a las causas primarias el nombre de *protocausas*, y las que suelen considerarse como secundarias deben designarse con la denominación que les corresponda como enfermedades que son ya en realidad, pero sin calificarlas como causas.

Hay dos clases de protocausas morbíficas: autógenas y exógenas.

Las autógenas subsisten siempre, es decir, son sempiternas, y quizá por esto sus efectos se consideran inexactamente como variaciones en la salud, calificándolas de ordinario simples faltas higiénicas.

Como siempre, subsisten las autógenas cuando hay intromisión en el organismo de causas morbosas extrañas, verbigracia, los agentes infecciosos, se producen enfermedades de complejidad heterogénea como las intoxicaciones, las infecciones y las parasitarias. A las enfermedades determinadas por ambas clases de protocausas las denominaremos *anfonosis*, diferenciándolas de las autógenas, a las que daremos el nombre de *autonososis*.

Ha de tenerse muy en cuenta en los tuberculosos la circunstancia universal de ser todos los organismos realmente enfermos, pues, por lo menos, son *autonosos* en conformidad con la máxima: «la salud es un ideal».

Repetiremos, para que se tenga muy presente, que es un craso error muy común, y que suele ser muy funesto, el considerar como causas morbosas primarias los efectos morbosos y, sobre todo, los procesos reactivos, como son las congestiones, las inflamaciones, las fiebres y las neoplasias, con inclusión de la reacción fímica. Tengamos también muy presente que siempre concurren varias causas en la producción de las enfermedades, y que esta pluralidad es unas veces incompleja, como el conjunto de las autógenas, denominadas ordinariamente antihigiénicas, y compleja, en las anfonosis, o sea en las que tienen participación agentes extraños a la constitución del organismo humano.

Se distingue el médico ecléctico del empírico, principalmente, por saber diferenciar las causas morbosas primordiales o protocausas de los efectos morbosos. Esta diferenciación es muy difícil, porque es preciso reunir estudios patológicos muy completos, gran experiencia y además talento etiológico, que es la facultad suprema de la inteligencia, por lo cual ha merecido de muchos psicólogos el calificativo de «sentido verídico».

Por carecer ordinariamente del conjunto de dichas cualidades, resulta que la mayoría supone que las predisposiciones no son realmente enfermedades, sino meramente modificaciones oscilantes del modo de ser de la salud.

Esto ocurre, sobre todo, con las enfermedades autógenas o *autonososis*, es decir, con las que se producen a consecuencia del aumento o disminución en los ingresos del medio vital (aire, alimento, radiaciones, etcétera) y de alteraciones en el funcionamiento íntimo del individuo.

Así concurren generalmente combinándose los efectos de la aireación insuficiente, de la alimentación, ora escasa, ora exuberante, de la falta o escasez de soleación, de la inacción, sobre todo muscular, de los excesos mentales o anímicos y de los sexuales.

Un ejemplo ilustrará el modo de ver correctamente la diferenciación anteriormente establecida. Cuando se produce un catarro o una pulmonía por enfriamiento, no deben calificarse la congestión ni la inflamación como protocausas, sino como reacciones vitales (*nosobiosis*), las cuales integran el proceso restitutivo; a este proceso reactivo precede un daño o le-

sión, que consiste en una congelación parcial del epitelio de las vías respiratorias, cuyos productos convierten en virulentos los saprofitos que existiesen en aquella mucosa (verbigracia, los neumococos); en tal caso el frío es la protocausa morbosica que ha iniciado el proceso y todo lo demás son efectos morbosos que se producen en el orden siguiente: 1.º, la protolesión, que consiste en la parcial congelación de la mucosa; 2.º, la reacción catarral o inflamatoria, y 3.º, lesiones consecutivas, como abscesos, formaciones fímicas, etc.

B.—PATOGENIA DE LOS PROCESOS PRETUBERCULOSOS QUE SE OBSERVAN EN EL ORGANISMO HUMANO.

Hay que rectificar la noción del «terreno pretuberculoso». La palabra «terreno» en patología es siempre simbólica, significando las condiciones morbosas precursoras de un cambio o nueva forma en el curso de las enfermedades, y se denomina «terreno pretuberculoso» el estado patológico en que se halle el individuo en el momento de iniciarse el proceso de la tuberculización. Es de advertir que consideramos como estados realmente patológicos los latentes. De modo que el «terreno» es un conjunto de estados anormales, locales o generales, de los cuales uno es principal y los otros son coadyuvantes. En otros términos: el «terreno» de los pretuberculosos es el organismo en las condiciones morbosas en que se halle el momento antes de iniciarse la tuberculosis, ya sean más o menos apropiados para que se produzca la tuberculización. Este estado puede ser local o general.

En el «terreno pretuberculoso», lo primordial es la *disnea interna*, y para conocer en qué consiste esta alteración, hay que tener una idea del proceso bioquímico denominado «respiración interna», con la correspondiente oxidación orgánica, cuyo proceso es una parte del metabolismo.

Al nutrirnos con los principios alimenticios que forman los vegetales verdes, ya sea tomándolos directamente del mundo vegetal, ya sea del mundo animal, almacenamos energía potencial (es decir, movimientos invisibles equilibrados), que subsiste en las diferentes substancias orgánicas de los cuerpos hidrocarbonados, grasos y proteidos. Estas substancias, al oxidarse con la respiración interna dejan en libertad la energía potencial que almacenaron, la cual es utilizada por las células constitutivas del organismo de varios modos. Este es el origen de la energía, que requieren no solamente los organismos vivos, sino también los astros para llevar a cabo sus cambios materiales o movimientos sempiternos. Con referencia al funcionamiento vital, la oxidación de los seres vivos es el manantial de donde se deriva la energía que precisan los músculos para su contracción, los órganos secretorios para elaborar los productos que eliminan, el sistema nervioso para la propagación de sus corrientes y todas las células para su crecimiento y reproducción, así como también para el desarrollo del total individuo.

Efectivamente, la respiración interna es la fun-



Para
TODOS

niños - adultos - ancianos

es indispensable en momentos de peligro

CORAMINA

„CIBA“

Tónico cardíaco y respiratorio

En gotas

En inyecciones

INOFENSIVO
EFICAZ

CIBA SOCIEDAD ANÓNIMA
DE PRODUCTOS QUÍMICOS

Aragón, 285 - Barcelona - Apartado 744



Antes y Después de la Operación

Al preparar al paciente para la operación



una cucharada sopera de Agarol al

acostarse



en lugar del habitual aceite

de ricino, evitará cualquier trastorno gá-

trico.



Unos cuantos días después,



cuando el paciente empieza a tomar

alimento,



medias dosis de Agarol



servirán de lógico eliminador porque

estimula la peristalsis



suavemente

sin molestias ni dolores.

AGAROL es la emulsión original de aceite mineral y agar-agar con fenolftaleína. Reblandece el contenido intestinal y estimula suavemente la peristalsis.

Agarol es agradable al paladar, sin sabor artificial y fácil de tomar. La dosis corriente para el estreñimiento crónico es una cucharada sopera que se reduce a medida que mejora el estado de la persona.

Gustosamente le enviaremos una muestra para su ensayo.

AGAROL para el estreñimiento

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

ción más indispensable para la vida, pues es la única que no puede faltar un instante siquiera sin que sobrevenga al momento la muerte, y también se precisa, constantemente, para la continuación de los demás fenómenos cósmicos-sempiternos como los movimientos permanentes de los astros, la producción de la gravedad, etc., etc. (Esta influencia de la respiración interna en el cosmos, la explico en mi libro intitulado «Principios esenciales de Acroffísica»).

La oxidación orgánica que se produce en la respiración interna consiste en una combustión lenta, formándose: primero, peróxido de hidrógeno por medio de la hidratación; seguidamente la deshidrogenación, y se forman después productos más oxigenados con las transformaciones consiguientes de la energía, o sea de los movimientos invisibles que toman parte en el metabolismo.

* *

Con esta prenoción fisiológica puede ya entenderse la explicación patológica de la tuberculización.

Cuando la respiración interna disminuye considerablemente durante dos o más meses, pero sin faltar del todo, se va amortiguando la vitalidad de los proto plasmas de las células especializadas, esto es, de las nerviosas, musculares y secretorias, atrofiándose más o menos dichas células y llegando algunas a desaparecer. Entonces las células de los tejidos conjuntivos, las cuales son mucho más resistentes a la falta de energía producida por la oxidación, proliferan con más actividad rellenando los espacios que dejan libres las otras células atrofiadas.

La necesidad perentoria o vital del oxígeno en nuestro organismo se estima sobre todo en la actividad cerebral, pues se pierde la conciencia a los pocos segundos de faltarle al cerebro dicho gas. A la insuficiencia de la respiración interna le damos el nombre de *disnea interna*.

La *disnea interna* se suele producir primordialmente por mala respiración externa, o sea por falta de ventilación en la atmósfera que envuelve al individuo; pero hay que tener en cuenta que en la respiración externa o pulmonar del aire atmosférico, cuando hay hacinamiento, no solamente se produce la escasez de oxigenación, sino también se halla el aire recargado de gas carbónico y de las emanaciones orgánicas de los seres vivientes, y por esto se produce además una intoxicación que contribuye a empeorar los efectos de la escasez de oxígeno.

Según esto, la *disnea interna* ha de producir un

estado morbooso complejo de la nutrición, el cual consiste en una miseria o penuria nutritiva a la cual corresponde el nombre de *penitrofia*. Esta alteración es la más constante y principal del terreno pretuberculoso; por consiguiente, a los que calificamos como pretuberculosos sufren ya un estado morbooso, que es el terreno más o menos abonado para que se formen las granulaciones tuberculosas o fímicas y los bacilos de Koch. Las granulaciones se producen por la mayor reproducción de células de los tejidos conjuntivos con la incitación de los bacilos ácidosresistentes que nacen por transformación de otros bacilos que subsisten como saprofiticos (Ferrán).

Hay siempre otras protocausas que son coadyuvantes de la insuficiencia respiratoria, o sea de la disnea interna, las cuales agravan la penitrofia o miseria nutritiva que caracteriza el terreno pretuberculoso; a saber, las demás desproporciones de la actividad vital que engendran la enfermedad autógena o autonosis.

De todo esto se infiere que las enfermedades pre-

cursoras o productoras de la tuberculización, es decir, de las que constituyen el «terreno pretuberculoso» es la más frecuente la enfermedad autógena o autonosis, y son menos frecuentes enfermedades mixtas, en las cuales, además de las alteraciones autógenas, hay alguna o varias exógenas componiendo las que hemos denominado anfonosis, entre las cuales la sífilis ocupa el primer lugar.

SUMARIO CIENTÍFICO DEL NUMERO PRÓXIMO

PROF. ANDRÉS MARTÍNEZ-VARGAS.—El síndrome dentario luético.

DR. FIDALGO TATO.—Luxación escapulohúmero subaxilar derecha.

DR. F. G. DELEITO.—La hormona de la corteza suprarrenal y la regulación térmica. (Adaptación directa del inglés.)

DR. P. M.—Nuestros parásitos intestinales. (Divulgación científica extranjera.)

Sesiones Clínicas.—Hospital de la Beneficencia general (Princesa).—Hospital del Niño Jesús.

Bibliografías.—Prensa extractada.

Las alteraciones exógenas que complican las autógenas forman realmente combinaciones con las autógenas por efecto de la solidaridad individual. Hay que fijarse sobre todo en las alteraciones morbosas de los individuos en quienes no se halla causa morbífica alguna que sea extraña al organismo humano, habiendo en ellos únicamente desproporciones en sus partes constitutivas, esto es, dismetrías, distopías y discronías. A los individuos que sufren solamente esta clase de alteraciones les corresponde nombre de *autonosos*. Estos individuos, por consiguiente, aunque sólo ofrezcan estados morbosos latentes, no por eso dejan de ser realmente enfermos. Ciertamente, hay muchísimo mayor motivo para considerar peores enfermos a los pretuberculosos en quienes se hallen además de dichas desproporciones causas morbofícas extrañas, como el virus luético y el alcohol.

C.—PAPEL DEL BACILO DE KOCH EN LA PRODUCCIÓN DE LAS TUBERCULOSIS.

En mi opinión, el bacilo ácidosresistente no es la causa primordial o protocausa de las tuberculosis,

sino que éstas son afecciones secundarias y muy distintas de la que se produce experimentalmente por inoculación cruenta del virus. Cuando se inocula se ocasiona en los animales una enfermedad enteramente diferente de las que padece comúnmente el organismo humano de los diagnosticados no tuberculosos.

Para convencerse de esta negación conviene referir algunas observaciones que revelan no haber peligro del contagio del bacilo tuberculoso por convivencia, es decir, cuando no se dé la rarísima casualidad de producirse la inoculación cruenta con el pus procedente de un foco tuberculoso.

No puede resolverse este problema con los experimentos de laboratorio, sino con la experiencia de los médicos que lleven muchos años de práctica general asistiendo a las mismas familias en las cuales haya algún tuberculoso. Unicamente estos médicos pueden adquirir los datos para formar verdadero juicio sobre los orígenes de la tuberculosis en general y de las del pulmón en particular.

La patología experimental ha ocasionado una desorientación completa al suponer que la tuberculosis se adquiere siempre por contagio de un modo análogo a cuando se inocula el virus procedente de un tuberculoso. De aquí ha nacido la hipótesis simplista que reina actualmente sobre la etiología y la patogenia de la tuberculosis, con la consiguiente unificación en el diagnóstico y en la indicación proto-causal.

Todas las observaciones clínicas que vienen en apoyo de la negación del contagio de la tuberculosis por convivencia compondrían un folleto bastante voluminoso. En este artículo es suficiente manifestar que muchísimos matrimonios, viviendo en la mayor intimidad, sin ningún género de precauciones, a pesar de padecer uno de los cónyuges un foco tuberculoso abierto a consecuencia del cual falleciera, ha continuado el otro cónyuge viviendo sin la menor manifestación tuberculosa durante una larga vida. También en muchas familias de numerosos sujetos hay un solo caso de tisis y tampoco se suelen contagiar los cobayos aunque vivan juntos con otros inoculados con virus de tuberculosos. Además, aunque las estadísticas no proporcionan números precisos, se puede afirmar desde luego que una inmensa mayoría de los sujetos pasan su vida sin manifestaciones tuberculosas (y mucho menos de tisis pulmonar), a pesar de descubrirse casi en todos los cadáveres cicatrices pulmonares que denotan haber pasado de un modo latente o frustrado alguna reacción tuberculosa. Consideremos que en tales sujetos se redujo la alteración a una formación cicatricial que ha sido por tanto beneficiosa. (Con esto se corrobora la máxima según la cual, «Cuando un hecho en la naturaleza es muy general, algún fin útil ha de tener»).

En muchas ocasiones (en Congresos, en la Academia, en artículos de Revistas, etc.) he expuesto otros muchos hechos comprobatorios de la negación del contagio tuberculoso por convivencia y también otros

autores los han revelado; sin embargo, actualmente somos minoría los anticontagionarios, si bien es de esperar que no tardará en suceder lo contrario, puesto que ya se van publicando más artículos en defensa de nuestra tesis; urge remediar el error de unificación y de las malas consecuencias que ha traído haber reunido como si fuesen una misma enfermedad todos los procesos en que se produce la tuberculización, o sea la fimatosis, suponiendo infundadamente que son análogas enfermedades a la que se produce por inoculación cruenta en los animales. Afirmemos una vez más que las afecciones tuberculosas sobrevienen en el curso de enfermedades que no han comenzado por la tuberculización, y además que es un desacierto muy funesto para la práctica de la Medicina englobar en una misma especie morbosa afecciones tan distintas como son un simple eczema que se califica de tuberculoso, un lupus que perdura localizado, tuberculosis limitadas a un órgano, la tisis pulmonar, etc., etc.

Efectivamente, las tuberculosis adquiridas sin inoculación, como sucede, repetimos, en la naturaleza humana, son procesos crónicos secundarios o consecutivos de las diversas enfermedades que acarrear desnutrición, es decir, que ocasionan la gran miseria de la asimilación que he denominado *penitrofia*, o sea penuria nutritiva. Esto sucede (repito una vez más) por el concurso de varias de las siguientes circunstancias: malas condiciones atmosféricas (de aireación, soleación, etc.), escasez total o parcial alimenticia, insuficiencia o exceso de ejercicio, agobio mental, y además ocurre muchas veces complicarse dichas faltas higiénicas con estados idiopáticos e intromisiones de causas extrañas al organismo humano.

Por otra parte, las asociaciones microbianas que ocasionan las grandes diferencias en el pronóstico de los tuberculosos consuntivos, o sea en los tísicos, tampoco sobrevienen por contagio. Así, no hay que considerar como contagio la infección estreptocócica que se produce en los casos de tisis galopante.

Muchos han pretendido que el polimorfismo de la tuberculosis es comparable con el de la lúes, pero como en esta enfermedad tampoco se ha explicado plausiblemente, hasta ahora, el polimorfismo no es una comparación demostrativa y además hay la seguridad de que el de la lúes únicamente se produce por contagio inmediato.

Indudablemente, lo que contribuyó más en los tiempos pasados al incremento de la morbosidad por tuberculosis fué el miedo o el horror al aire (aerofobia), y viceversa, la causa principal de la disminución recientemente, es haberse generalizado la convicción de que la aireación constante es una necesidad vitalísima, y de aquí que vaya triunfando la *aerofilia*.

En definitiva: Las tuberculosis no constituyen la totalidad de las enfermedades que se diagnostican de tuberculosis; consisten puramente en una serie de reacciones consecutivas a muy distintas penitrofias o penurias nutritivas de muy diversos orígenes; es decir, las afecciones tuberculosas son de carácter re-



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, Manganese, Hierro y Fósforo en uniforme mezcla con los estimulantes metabólicos Estricnina y Quinina. Durante sesenta años ha sido aceptado clínicamente en el mundo entero, y esta es la prueba más fidedigna de su valor tonificante.

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

JARABE *de* FELLOWS DE HIPOFOSFITOS

CONTIENE LOS MINERALES INDISPENSABLES

MUESTRAS A PETICION

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

ANTALGOL DALLOZ

Granulado

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

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

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

Indicaciones:

Prof. R. Hirsch, «Nuevo preparado contra la dispepsia y el aumento de gases». (Munchner Medizinische Wochenschrift, N° 30, 1926, 1236-37).
Cons. de San. Dr. Kittsteiner, «Nuevas observaciones con Intestinol» (Der praktische Arzt, H. 15, 1928).
1ª Sección Médica del Hospital de los Hermanos de la Caridad de Viena (Direc. Prof. Dr. C. Steyskal) autor Dr. C. Nemetz, «Intestinol, nuevo preparado contra las dispepsias». (Fortschritte der Medizin, N° 6, 1926).
Ambulatorio central de especialidades del ejército de Viena (Dr. Karl Müller), «Tratamiento de los trastornos digestivos con Intestinol». (Medizinische Klinik, N° 11, 1928).
Dr. Kadletz, «Experiencias con el Intestinol en el tratamiento de dispepsias y trastornos digestivos». (Wiener kl. Wochenschrift, N° 37, 1928).
Dr. Karl Giesemann, «Fermentoterapia en gastro y enteropatías». (Fortschritte der Therapie, H. 17, 1928).
Dr. Gerhard Böhn, «Autoobservación con Intestinol Henning». (Munchener Medizinische Wochenschrift, N° 6, 1929).
Dr. Vermeheren, Bomst, «Contribución al tratamiento del catarro del intestino grueso consecutivo a disentería». (Fortschritte der Medizin, N° 25, 1929).
Dr. Hans Stein, Viena, «Observaciones acerca del problema de la gastritis y de la enteritis». (D. A. Z., N° 220, 1930).

Catarro por fermentación

Debilidad de fermentos
(Insuficiencia pancreática)

Dispepsia

Meteorismo
y angina de pecho consecutiva

Meteorismo de los Operados

Meteorismo de las Puérperas

Flatulencia

Foetor ex ore
tras meteorismo

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

Dr. GEORG HENNING / Berlín

Representante general en España:

WALTER ROSENSTEIN / Barcelona
Apartado 712

SPASMOSÉDINE

ANTIESPASMÓDICO — SEDANTE NERVIOSO

El primer sedante y antiespasmódico estudiado especialmente para la

TERAPIA CARDIO - VASCULAR

Laboratorios DEGLAUDE
Medicamentos cardíacos especializados.
PARÍS

Muestras y Literaturas:
José M.ª Balasch Cuyás. (Farmacéutico)
Avenida 14 de Abril, 440. — BARCELONA

— BARACHOL —

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

LABORATORIOS HISPANIA.—VILAFRANCA DE ORIA (GUIPUZCOA)

activo, lo mismo que las congestiones, las inflamaciones, las fiebres y las afecciones neoplásicas. Y téngase en cuenta que en las enfermedades precursoras, o sea aquellas en cuyo curso se desarrollan las tuberculosis, hay siempre una protocausa de la desnutrición o penitrofia, que es la disnea interna determinada por malas condiciones atmosféricas y por la influencia coadyuvante de mayor o menor número de las otras concausas autógenas y en casos con la intromisión agravante de agentes tóxicos o infecciosos.

Según lo expuesto, la frase *enfermedades pretuberculosas* es más correcta que «terreno pretuberculoso», pues además de que la palabra terreno no expresa justamente la idea del proceso, induce a suponer erróneamente que la infección tuberculosa es como una siembra de los bacilos tuberculosos y que éstos desempeñan el papel de simiente.

¿Cómo se explica, entonces, que se haya extendido de manera tan extraordinaria la suposición del contagio por convivencia? Lo que ha motivado el predominio de la idea contagionista en la tuberculización ha sido, en primer lugar, la extraordinaria preponderancia que se da a lo experimental y a las investigaciones procedentes de los laboratorios, y en segundo lugar ha influido el que anteriormente al descubrimiento de Koch se consideraba la tisis como una degradación individual y aun de toda la familia donde hubiera un paciente con tuberculosis. Esto era debido sin duda a que no se había dado explicación alguna del modo de producirse la enfermedad sin contagio, y de aquí que tanto los pacientes como sus respectivas familias recibiesen de buen grado y hasta con satisfacción el supuesto hallazgo de un agente culpable que era extraño al individuo.

D.—COROLARIO DEDUCIENDO LAS PRINCIPALES INDICACIONES PROFILÁCTICAS Y PROTOCAUSALES DE LAS ENFERMEDADES PRETUBERCULOSAS.

Si las tuberculosis son afecciones producidas por diversas enfermedades y si los bacilos tuberculosos no son la causa de las enfermedades precursoras de las tuberculosis, es una falacia suponer que para prevenir las tuberculosis ha de combatirse a dichos bacilos, y también es un error pensar que se llena una indicación primaria o protocausal al atacar a los bacilos tuberculosos.

Estando en general tan arraigado el temor del contagio por convivencia, o sea sin inoculación cruenta de los bacilos tuberculosos, es muy conveniente insistir en reiteradas repeticiones de los conceptos anticontagionistas.

En breve: el problema profiláctico de las tuberculosis no es prevenir su iniciación, sino evitar el desarrollo de manifestaciones tuberculosas, procurando que los individuos se hallen en condiciones de producir la cicatrización de los focos primarios que suelen estar latentes, con lo cual se produce una reacción puramente curativa.

Hemos de referirnos en especial a las afecciones pretuberculosas del pulmón. Estas afecciones son el prototipo de las tuberculosis, y por esto, cuando se

menciona sólo la palabra tuberculosis se hace tácitamente referencia a la pulmonar.

No es posible hallar un medio preventivo de las tuberculosis, ni tampoco un específico para el tratamiento protocausal de los tuberculosos, puesto que (como se ha dicho en la patogenia) bajo el nombre de tuberculosis se conglomeran múltiples afecciones debidas a muy distintas causas primarias o protocausas, y, por lo tanto, la prevención y la terapéutica han de ser las correspondientes a las distintas afecciones pretuberculosas, es decir, a sus productoras o precursoras, si bien en todos los casos hemos de cuidar de proporcionarles el ambiente atmosférico más puro posible, pero fijando también el clima más conveniente según las diferencias morbosas, pues no está indicado el mismo clima en todos los casos, y únicamente, como regla general, diremos que ha de proscribirse siempre la estancia en países muy húmedos y de temperaturas muy extremas o variables, así como también las alturas que excedan de 1.400 a 1.500 metros sobre el nivel del mar, puesto que allí, efecto de la rarefacción del aire, se empobrece la constitución de los individuos.

Habiendo negado la contagiosidad por convivencia y la eficiencia del bacilo tuberculoso, la unificación de todas las enfermedades en las que se forman tubérculos como si fuesen una misma enfermedad, es un error que ha traído la funesta suposición de que lo que tenía que hacerse era perseguir el bacilo como si fuese la causa primaria de todas las enfermedades de los calificados como tuberculosos. Por esto han ensayado sucesivamente numerosos preparados, tanto químicos como sueros y vacunas, con lo cual no sólo se ha perdido el tiempo, sino que se ha prescindido o, por lo menos, pospuesto lo más indicado para cada caso. Esto ha sido igual a lo que se produciría si se considerasen como una misma enfermedad todas las que producen supuración, inclusive la que se produce inyectando pus a un animal.

Para prescribir el tratamiento protocausal a cada tuberculoso, hay que diferenciar, ante todo, si el proceso es autógeno o si es anfigeno; después, si se halla localizado sin tendencia a la generalización, o si se halla generalizado. En las formas pulmonares siempre hay que actuar para las indicaciones causales como si fuesen afecciones consuntivas, es decir, como en las tisis. De modo que primeramente hay que averiguar si hay o no causas morbosas extrañas al organismo humano, para si las hubiese (como en los casos de lúes, de alcoholismo y de tabaquismo) removerlas. Si no hubiese causas extrañas nos circunscribiremos a tratar la autonosis precisando los orígenes de las mayores desproporciones que se hallen en el organismo. Como también se da frecuentísimamente el caso de tener gran participación las idiopatías, las cuales suelen ser congénitas, y entonces se desconocen las protocausas, hay que reforzar el tratamiento de las indicaciones referentes a las causas autógenas que produzcan estados morbosos análogos a los idiopáticos que se hallen en los sujetos.

Nunca debe considerarse como tratamiento protocausal ni como preventivo primordial lo que se dirija a combatir los bacilos tuberculosos. Respecto a este punto, la limpieza y demás recursos que se vienen aconsejando para evitar el contagio son de muy digno elogio, pues estos consejos han corregido costumbres, como la de escupir en cualquiera parte, y también respecto a los sanatorios hay que reconocer las ventajas que han reportado extendiendo la idea de la necesidad de respirar constantemente el aire libre y de acostumbrarse a una vida más beneficiosa para la salud.

En resolución: Hay que desechar la etiología simplista de las tuberculosis, porque conduce al fatal error de la prescripción unitaria en la profilaxis y en la terapéutica causal de los tuberculosos. No hay un plan general; hay que discurrirlo en cada caso, según el diagnóstico completo que se haga, contando siempre con la pluralidad de causas, con la complejidad patogénica, y teniendo también muy presente la rectificación expuesta del concepto del «terreno» como símbolo de las afecciones pretuberculosas.

INSTITUTO MEDICO-QUIRURGICO «LA ENCARNACION»

Servicio de Medicina Interna

(Nutrición - Sangre - Endocrinología)

Trastornos del metabolismo hidrocarbonado. Hipoglucemias.

POR

FEDERICO PECO

Profesor-jefe del Servicio.

En los desequilibrios del metabolismo hidrocarbonado se han dirigido casi únicamente los trabajos hacia el síndrome hiperglucemia, que ha sido concienzudamente estudiado por los clínicos contemporáneos dedicados a las enfermedades de la nutrición, dando todos ellos una menor importancia al síndrome hipoglucémico.

A partir del descubrimiento de la insulina, Best, MacLeod, Banting y otros muchos, dieron a conocer el síndrome de hipoglucemia que aparecía después de la inyección en exceso de esta hormona, estudiando el cuadro sintomático que presentaban los animales objeto de la experimentación.

El perfecto conocimiento de este cuadro sintomático hizo se fijara la atención en un cuadro semejante que ya había sido observado anteriormente en el hombre, pero cuya etiología pasaba inadvertida.

Harris observó la glucemia de los enfermos con esta sintomatología con cifras muy bajas de glucosa en sangre en la mayoría de ellos, y es este autor el primero que sospecha ante la semejanza de ambos cuadros sintomáticos que estos enfermos padecen una sobreproducción de insulina.

Después de esta comunicación han ido apareciendo otras muchísimas dándonos a conocer el síndrome de hipoglucemia de una manera clara en cuanto a su sintomatología, pero considerando casi todos los autores un solo mecanismo de producción de este estado patológico; esto sería debido a una sobreproducción de insulina, lo cual, como veremos más adelante, no es siempre cierto.

Estudiemos primeramente, antes de pasar adelante, la sintomatología observada por Mann y Magath después de la extirpación del hígado y la observada en los animales que sufrieron una sobrecarga de insulina; sintomatologías ambas muy semejantes.

En el primer momento de la sobrecarga por insulina, los animales sufren un estado de hiperexcitabilidad; más acentuada aún en los animales en los que se les extirpó el hígado que en los que sufrieron la sobrecarga insulínica.

Pocos minutos después aparece un estado de indiferencia; gritos, movimientos incoordinados, y si elevamos aún la dosis de insulina aparece la relajación de esfínteres, miopía, respiración superficial y frecuente, y después de pasar por un estado convulsivo aparece el coma.

En cualquier momento podemos interrumpir la marcha progresiva de este cuadro morbozo inyectando suero glucosado a estos animales.

El cuadro morbozo en el hombre es muy semejante y estudiado por varios autores (Banting, Marañón, Blanco Soler, Jiménez Díaz, López Morales, R. Serrano, MacLeod, etcétera), y, según nuestras experiencias podemos describirlo de esta forma.

En primer lugar, y después de una inyección de insulina de suficiente cantidad de unidades clínicas para producir hipoglucemia, aparece el enfermo tembloroso, nota los objetos como animados de un fino movimiento oscilatorio, para más tarde, y pasados algunos minutos si la cantidad de insulina fué suficiente, aparecer el mareo acompañado de astenia, hipersalivación, sudor frío y otra serie de manifestaciones vegetativas.

Aparecen en segundo término, y si la dosis de insulina fué suficiente o seguimos inyectando ésta, estados confusionales—bien observado en nuestro enfermo segundo—, delirios, llanto, risa y otras manifestaciones nerviosas más importantes, como parestias, convulsiones y hasta hemiplejías transitorias.

En último término, puede hacer su aparición el coma, caracterizado por polipnea, sudor profuso, taquicardia (alguna rara vez bradicardia), exaltación de reflejos e hiperexcitabilidad muscular.

Vemos, pues, la semejanza que existe entre los síntomas observados en los animales objeto de experimentación y los que se presentan en el hombre al provocar un estado hipoglucémico.

Estos síntomas, sin embargo, no los vemos representados todos ellos en los enfermos con crisis hipoglucémicas, siendo los más corrientes los estados crepusculares, mareo, apetito, síntoma éste tan importante que hizo pensar a Harris que la regulación normal del apetito estaba condicionada por la glucemia; la angustia, debilidad, síntomas vagotónicos.

Son muy frecuentes los síntomas psíquicos, ansiedad, síntomas que algunas veces son tan intensos que nos hacen pensar en una psicosis; otras veces se nos aparecen como enfermos epilépticos por la semejanza de estas sintomatologías.

Estos son los síntomas más corrientemente observados en la práctica, como vamos a ver en las historias de nuestros enfermos, que describiremos antes de pasar al estudio de los mecanismos de producción de estas crisis hipoglucémicas:

HISTORIA NÚM. 1

E. A.: Veintitrés años; casada.

Antecedentes.—Tres hijos sanos; ningún aborto; nin-

gún hijo muerto; marido sano. Antecedentes patológicos sin interés.

Historia —Desde hace un año, y coincidiendo con haber dejado de amamantar un hijo, nota mareos, flojedad grande, que desaparece rápidamente con la ingestión de alimentos especialmente azucarados, y siéndole necesario comer diez a doce veces al día para que no aparezcan estos mareos.

Bien de los demás aparatos.

Pulso: 68. Presión arterial: $12\frac{1}{2}$ Vaq.

Auscultación pulmón y corazón: Normal.

RX: Nada anormal.

Fórmula leucocitaria:

| | |
|--------------------------------|-----|
| Polinucleares neutrófilos..... | 71 |
| — eosinófilos..... | 2 |
| — basiófilos..... | 0 |
| Monocitos..... | 9 |
| Linfocitos..... | 18 |
| | 100 |

Curva de glucemia adrenalínica:

0,57 1,11 0,80 0,50 0,75

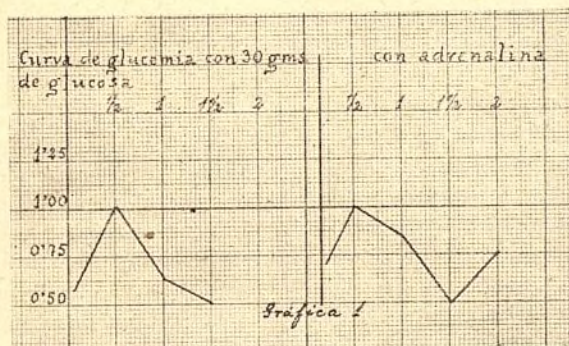
(Véase gráfica 1.^a)

Curva de glucemia con 30 gramos glucosa:

0,60 1,00 0,64 0,58

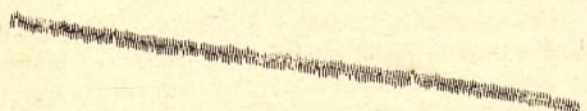
(Véase gráfica 1.^a)

Enferma: E. A.



Metabolismo basal: + 30.

(Véase gráfica 2.^a)
Gráfica 2.



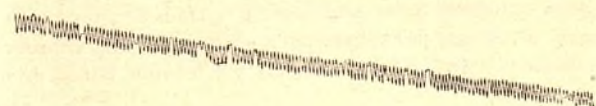
Enferma: E. A.

+ 30 por 100.

Análisis de orina: Normal.

Instituímos un tratamiento para su síndrome más saliente, el hipertiroidismo, a base de suero antitiroideo, y o-

Gráfica 3.



Enferma: E. A.

+ 14

do Castex, etc., y al mes la enferma vuelve a nosotros muy mejorada; come sólo tres a cuatro veces al día, no notando casi las molestias de antes.

Repetimos el metabolismo y la curva de glucemia y nos da:

Metabolismo basal: + 14.

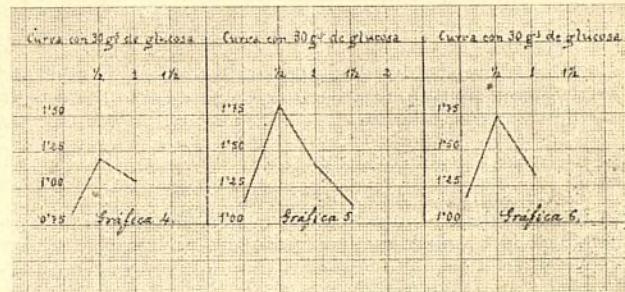
(Véase gráfica 3.^a)

Curva de glucemia con 30 gramos glucosa:

0,82 1,20 1,05

(Véase gráfica 4.^a)

Enferma: E. A. Enfermo: C. M. Enfermo: L. G. O.



HISTORIA NÚM 2

C. M.: Cuarenta y dos años; comerciante.

Antecedentes sin interés.

Desde hace dos años siente por las mañanas sensación de mareos con ausencias, que lentamente va pasando y más rápidamente si toma algún alimento. Ha notado que haciendo un desayuno fuerte no siente estas molestias.

Bien de los demás aparatos.

Auscultación: Normal: Presión arterial: $13\frac{1}{2}$ Vaq Pulso: 80.

RX: Nada anormal.

Wassermann negativo. Kahn negativo.

Orina: Normal.

Curva de glucemia con 30 gramos de glucosa:

1,20 1,80 1,36 1,11

(Véase gráfica 5.^a)

Glucemia hecha durante uno de estos momentos de ausencia: 1,5.

Un régimen alimenticio rico en H. de C. ha sido suficiente para hacerle desaparecer estas crisis que le venían repitiendo casi a diario desde hacía un año y con intervalos mayores desde hacía varios; al mismo tiempo le administramos adrenalina.

HISTORIA NÚM. 3

L. G. O.: Veintiséis años; escritor.

Antecedentes.—Sífilis bien tratada a los diecinueve años. Gripe hace seis meses.

Hace algunos días, estando en un baile, tuvo una crisis de ausencia, durante la cual, y sin haber bebido, los amigos le creyeron borracho, le transportaron a su domicilio y después de tomar una taza de café con azúcar recobró el sentido de su personalidad y aseguró firmemente no haber bebido.

Desde hacía algún tiempo, después de su afección gripal, notaba pocos momentos antes de comer, y sobre todo si ésta se retrasaba algo, un ligero mareo, que él achacaba al gran número de cigarrillos egipcios que fuma constantemente.

Exploración nerviosa: Normal. Exploración pulmón y corazón: Normal.

Presión arterial: $11\frac{1}{2}$. Pulso: 76.

Curva de glucemia después de 30 gramos de glucosa:

1,20 1,74 1,28

(Véase gráfica 6.^a)

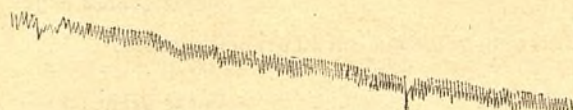
Reacciones Wassermann y Kahn negativas. Metabolismo basal: + 8.

(Véase gráfica 7.^a)

Glucemia después de quince unidades de insulina y en pleno período morbosos: 1,14.

Instituido un tratamiento rico en H. de C. y efetonina,

Gráfica 7.



4,3

Enfermo: L. G.

+ 8

1,4

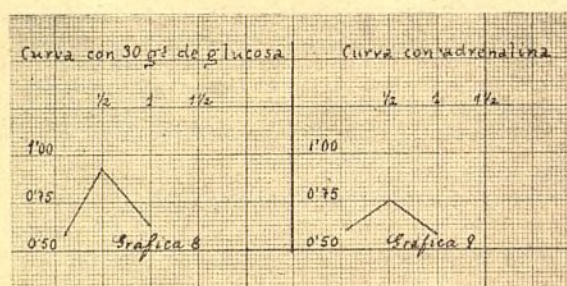
el enfermo mejora de sus mareos antes de la comida, no habiéndole vuelto a aparecer otra crisis como la descrita después de cuatro meses.

HISTORIA NÚM. 4

E. C.: Treinta y seis años; jornalero.

Trátase de un fímico fibrocaseoso a quien hicimos glucemia, con el objeto del estudio del azúcar sanguíneo en la tuberculosis pulmonar, trabajo que en breve publicaremos en colaboración con el Dr. Sans Brunet, encontrándonos con una curva de glucemia de 0,62, 0,92 y 0,64 después de 30 gramos de glucosa. (Véase gráfica 8.^a)

Enfermo: E. C.



Glucemia adrenalínica:

0,58 0,70 0,66

(Véase gráfica 9.^a)

Metabolismo basal: + 16.

(Véase gráfica 10.^a)

Gráfica 10.



3,8

Enfermo: T. C.

+ 16

0,7

Curva de glucemia con diez unidades de insulina:

0,68 0,50 0,60

(Véase gráfica 11.^a)

A pesar de una glucemia de 0,50 no vimos aparecer el síndrome hipoglucémico.

Presión arterial: 10 $\frac{1}{7}$. Pulso: 108.

Espútos: Se observan bacilos de Koch.

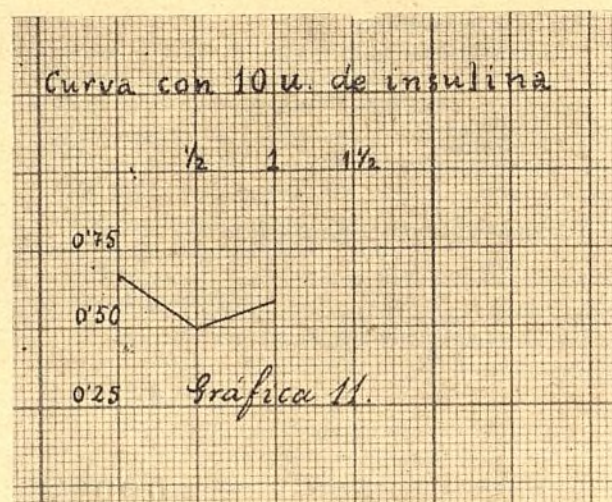
Orina: Normal.

Wassermann negativo.

RX: Lesión fibrocaseosa bilateral.

Estudiemos los factores que pueden influir en la producción de estos estados hipoglucémicos, pues ha sido la tendencia de la casi totalidad de autores el atribuir a un hiperinsulinismo la mayor parte de los síndromes hipoglucémicos, o bien, y fundados en los experimentos de Mann y Magath, por defecto funcional del hígado, dejando en se-

Enfermo: E. C.



gundo lugar las glándulas endocrinas y casi en olvido un factor que nos parece de una importancia trascendental como las diferencias de las necesidades del organismo en glucosa, factor únicamente tratado por algunos autores franceses y que creemos de importancia fundamental.

Jiménez Díaz cree que la hipoglucemia misma no sería el factor productor de estos fenómenos, ya que el contenido en glucosa de los centros nerviosos no disminuye paralelamente a la de la sangre, como ya demostró Takahashi; se basa principalmente Jiménez Díaz para no creer en la acción hipoglucemiante, únicamente en que el nivel en el que aparecen las hipoglucemias no es siempre aproximadamente igual, sino, por el contrario, es lo más variable que dar se puede.

Todo esto podrá ser más o menos cierto; el juicio de Jiménez Díaz de que el efecto hipoglucémico es indirecto y provocado por algún cambio en el organismo responsable de estos síntomas, es una teoría muy sugestiva; pero, a nuestro parecer, creemos son de una importancia decisiva las diferencias de nivel a que aparecen los fenómenos de hipoglucemia, seguramente debidos a una diferencia de necesidades en glucosa de unos enfermos a otros.

Nosotros hemos observado infinidad de enfermos diabéticos a los cuales con glucemias de 2,25 y limpios ya, a pesar de esta alta glucemia, de glucosa en orina, se les presentaban síndromes hipoglucémicos si pretendíamos rebajar la glucemia; otros casos hemos observado con el mismo fenómeno con cifras de glucosa de 1,2 a 2, como si en estos enfermos fuese esta la cifra normal de glucosa en sangre, y serían, por tanto, para ellos, hipoglucemias cifras altas de glucosa en sangre 1 y 1,5 como hemos observado.

Por el contrario, en otros casos hemos observado glucemias de 0,60 y hasta de 0,50 sin producir fenómenos hipoglucémicos.

Sin embargo, son muy diversos los factores que influyen manteniendo el nivel de glucosa en sangre, pero es,

a nuestro juicio, el tiroides el que más directamente interviene en la regulación de la glucemia.

Estudiemos uno a uno estos diferentes factores.

Tiroides.—Los hallazgos de Baue, Zondek, Blanco Soler, Jiménez Díaz y otros corresponden a una respuesta a la ingestión de H. de C. debida, sin duda, a la exagerada respuesta a la adrenalina, muy característica del estado hipotiroides.

Von Noorden, Ewal, Grawitz, Hannemann, Beltmann, Rusel, Wilder, entre otros, hablaron sobre las estrechas relaciones que existían entre los enfermos diabéticos y la enfermedad de Basedow, y observaron la mejoría de los enfermos diabéticos al mejorar el Basedow, y viceversa.

Falta opina, sin embargo, que sólo las ligeras glucemias mejoran al mejorar el hipertiroidismo no alterando se las altas.

Gatlea cita la enorme frecuencia de la asociación Basedow-Diabetes, presentando una extensa casuística de 40 casos, de los cuales en ocho se establecieron ambas enfermedades al mismo tiempo.

Kraus, Ludwig y Schrostek fueron los que primeramente describieron la glucosuria alimenticia en la enfermedad de Basedow.

Fachau, Gaunger, Lewin y Hun y otros, nos hablan del hipertiroidismo con glucemia alta.

Ewal, Dale, Lewin y Falta en interesantes estudios sobre animales han comprobado que después de la administración de tiroides, algunos días aparecía con una alimentación rica en H. de C. una glucosuria alimenticia que no se presentaba con esta alimentación en los animales testigos a los que no se les había administrado tiroides.

Donde con más frecuencia aparece la asociación diabetes Basedow sería en el Basedow traumático, que suele combinarse a la vez con trastornos de la reabsorción de grasas.

Existen para Falta dos formas diferentes de combinación de diabetes e hipertiroidismo; una primera en la que las dos afecciones se presentan causalmente unidas, sin tener entre ellas la más mínima relación, y en la que se presentarán ambas afecciones indistintamente. Otra segunda forma sería la glucosuria tireógena propiamente dicha, la que se explicaría por el hecho de que el hipertiroidismo traería consigo una intensa sobrecarga de la actividad de secreción interna del órgano insular, quizá por una elevación de la necesidad de azúcar del organismo y por respuesta de adrenalina, y en los casos en los que el órgano insular no dispone de la necesaria amplitud funcional aparece la glucosuria, sobre todo al añadir la sobrecarga alimenticia.

Con esta hipótesis se explica el que no todos los individuos sean hiperglucémicos al tener hipertiroidismo y el que se puedan presentar hipoglucemias con hipertiroidismo si el órgano insular responde más enérgicamente de lo que es solicitado.

Indudablemente éste es el caso de nuestra primera historia: enferma que padece un hipertiroidismo con hipoglucemia, debido a que el órgano insular responde con una intensísima secreción, provocando su hipoglucemia; sería, pues, de resultar cierta esta hipótesis, un caso de hiperinsulinismo.

En experiencias que actualmente llevamos a cabo en este servicio con nuestro colaborador José Romero, obtenemos en animales objeto de experimentación después de la administración de tiroides; las glucemias suben al principio, lo que se puede explicar porque ante el estímulo del aparato insular y la mayor necesidad de H. de C.

están las reservas del glucógeno hepático, que no solamente mantienen, sino que elevan la glucemia; pero después de algún tiempo las glucemias bajan, cosa que se explicaría, porque agotadas las reservas de glucógeno y continuando el aumento de secreción insular caen en hipoglucemia.

Esto será objeto de un nuevo trabajo que en breve publicaremos.

Podría suceder, y nos parece lo más acertado, que esta enferma que durante la lactancia no aparecieron en ella estos fenómenos fué por sus reservas glucogénicas; pero agotadas éstas precisamente durante la lactancia y ante el probable aumento de la secreción insular, se agotarán éstas apareciendo sus síndromes hipoglucémicos en aquella fecha.

No es éste un caso excepcional de hipoglucemia con hipertiroidismo; ya Hasnöhel y Depisch encontraron casos de hipertiroidismo en los que aparecía una evidente hipoglucemia postalimenticia, lo que sería debido a que en estos casos el órgano insular responde intensamente a la ingestión de H. de C., y en los que las reservas glucogénicas estaban agotadas.

Resumiendo pues, los enfermos hipertiroides tienen una gran necesidad de H. de C., viceversa de los hipotiroides.

El órgano insular responde en unos normalmente a sus necesidades normales de glucemia; son los hipertiroides con hiperglucemia; y en otros, excesivamente son los hipoglucémicos. Si las reservas glucogénicas llegan a agotarse, caen todos ellos en hipoglucemia.

Higado.—Conocido es el importante papel que el hígado juega sobre la glucemia desde los experimentos de Mann y Magath de la extirpación total del hígado, al observar que los animales a los que se les extirpaba este órgano pronto caían en hipoglucemia, hipoglucemia que era progresiva y mortal. Si embargo, si esta extirpación no era total, aun cuando fuese muy extensa, la regulación de la glucemia permanecía normal.

Desde luego, muchos han sido los que han estudiado el papel que las lesiones hepáticas puedan tener en la clínica sobre la glucemia, y son de destacar en primer lugar los preciosos trabajos de Jiménez Díaz.

La casi totalidad de investigadores, Blanco Soler, Marañón, López Morales, Klein y otros muchos, consideran que si bien en algunas lesiones hepáticas graves y extensas existe una ligera persistencia a la hiperglucemia insulínica, en general, las lesiones hepáticas, por graves y extensas que sean, apenas influyen sobre la glucemia; sucediendo lo análogo a lo observado por Mann y Magath en los animales en los que una extirpación casi total no provoca hipoglucemia, teniendo, como hemos señalado, que ser total para provocar la hipoglucemia y el coma.

Existen, indudablemente, casos excepcionales como el descrito por Parnas y Wagnez, con una hipoglucemia intensa en un caso de hepatomegalia, y otro publicado por Jiménez Díaz y Mansera, con hipoglucemia intensa en un caso de hepatitis.

Otros casos semejantes a éstos observados por intoxicación por el fósforo arsénico en los que la lesión hepática fué la causa de una hipoglucemia se citan en la literatura, pero constituyen excepciones, y en general podemos afirmar que si bien experimentalmente por la extirpación total del hígado se provocan hipoglucemias progresivas y mortales en la práctica, son raras las hipoglucemias por lesión hepática.

Páncreas.—Muchos han sido los autores que han atri-

buido a una hipersecreción pancreática o hiperinsulinismo la hipoglucemia observada en la práctica, que llegando a vencer los mecanismos reguladores hiciera su aparición la hipoglucemia.

Varios son los casos publicados en la literatura por Allan, Murphey, Wildez y otros, de enfermos hipoglucémicos por hiperinsulinismo, debidos a adenomas pancreáticos que tendrían cierta analogía con lo que sucede en el adenoma tiroideo, pero a pesar de haberse publicado varios casos, entre ellos el más sugestivo, el publicado por Gray, de un niño muerto por hiperplasia pancreática en coma hipoglucémico al poco de nacer, hijo de una enferma diabética curada de su diabetes durante el embarazo a expensas del páncreas de su hijo, que pagó con la muerte la protección prestada a su madre; pero a pesar de estos escasos casos publicados, diremos algo semejante de lo que dijimos respecto al hígado; esto es, que son muy raros los casos de hipoglucemia debidos a hiperfunción pancreática.

Hipófisis.—Los extractos hipofisarios tienen un poder glucomovilizante, sobre todo, los del lóbulo posterior y medio.

Se han observado algunos casos de hipoglucemia debidos a hipofunción hipofisaria; no parece por los estudios detenidos de infinidad de autores, sobre todo italianos, que la hipofisis tenga una influencia decisiva en los síndromes hipoglucémicos observados en la práctica.

Suprarrenales.—La cuestión de la hipoglucemia en la enfermedad de Basedow ha sido enormemente discutida: Baver, Wadi, Londek y otros muchos autores extranjeros, nos han hablado de la hipoglucemia de los enfermos de Adison. Al lado de esto, otros autores como Mauth, Nehz Brokayer y alguno más, no encuentran estas hipoglucemias.

En España, Marañón, Blanco, Soler, Carrasco, López Morales y otros, citan varios casos con hiperglucemias intensas; y en cambio, Jiménez Díaz y Mansera, en varios casos observados encuentran glucemias completamente normales.

Parece, pues, que la lesión suprarrenal no basta sólo para provocar hipoglucemia, debiendo asociarse para provocar ésta otros factores, entre los que creemos que es la alteración del tiroides el más importante en las asociaciones a alteraciones de las suprarrenales para provocar hipoglucemias.

**

Hipoglucemias de la lactancia.—Son de una importancia grande por la frecuencia con que aparecen las hiperglucemias durante la lactancia observadas por Stunstram y después por infinidad de autores, entre ellos, en España, por Blanco Soler.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar varios casos de glucemias bajas sin síndromes hipoglucémicos en madres durante la lactancia.

El caso primero de estos enfermos anteriormente citados, apareció la hipoglucemia precisamente al terminar la lactancia, hecho que explicamos porque durante la lactancia las necesidades en H. de C. son muy elevadas, y agotadas las reservas y ante las causas que explicamos más arriba aparecieron sus síndromes hipoglucémicos.

Son las causas principales de estas hipoglucemias, por una parte, la gran pérdida en H. de C. por la secreción láctea; pero parece, sin embargo, que existe a la vez un trastorno de los mecanismos reguladores de la hipoglucemia, sin lo cual no se podría emplear estas hipoglucemias.

El empobrecimiento en calcio es un factor muy importante, indudablemente, en la etiología de esta clase de hipoglucemias.

Hipoglucemias postgripales.—Señalamos aquí la frecuencia con la cual hemos visto aparecer síndromes hipoglucémicos después de afecciones gripales y que no encontramos citados en la literatura.

Nuestro enfermo tercero: aparecieron sus síndromes hipoglucémicos a raíz de una afección gripal. Nuestro colaborador I. Sans Brunet ha observado en la epidemia gripal actual, una serie de enfermos con sintomatología de cansancio y mareos después de su afección con glucemias bajas; hechos que nos hacen pensar que el cansancio y flojedad que aparecen durante algunos días después de la afección gripal podrían ser originados por una hipoglucemia transitoria.

¿Qué causas podrían ocasionar ésta? Conocido es el hecho que la gripe es la enfermedad quizá que más predispone a la tuberculosis. ¿Podría ser que esta afección rebaje la calcemia, y con ello se explicaría en parte la facilidad de la predisposición a la tuberculosis?

Si esto fuese cierto y dado que el calcio influye sobre la regulación del dintel renal para la glucemia, ¿podrían explicarse estas hipoglucemias?

Por otra parte, H. Lemaire ha señalado la frecuencia con que se observan alteraciones histológicas de las suprarrenales en los enfermos muertos por gripe. ¿Podría ser la alteración de esta glándula la causa de estos síndromes hipoglucémicos?

Nada sabemos todavía sobre este hecho, observado por nosotros hace un par de meses, y sobre el que pensamos estudiarlo a fondo; pero lo que sí resulta evidente es que la gripe provoca hipoglucemias en determinados individuos, como hemos podido observar.

**

Es indiscutible que en el momento actual no conocemos la etiología de infinidad de síndromes hipoglucémicos, y tampoco hallamos una contestación clara a las diferencias del límite normal de glucosa en sangre para unos y otros individuos, por lo que se hace imposible hoy por hoy contestar si esos individuos con sintomatología de hipoglucémicos, mareos, cansancio, etc., y en los que hallamos glucemias de 1 y de 1,20, pueden considerarse como síndromes hipoglucémicos en los que su glucemia normal sería más elevada; claro que aquí cabe el determinar la glucemia en ayunas y luego, y si esto es posible, en el momento de su crisis para observar si ésta es más baja, lo que nos haría pensar en una hipoglucemia.

Resumiendo pues, debemos de considerar en primer lugar que las necesidades en glucosa no son las mismas para todos los individuos, y, por lo tanto, una glucemia normal para un individuo podemos considerarla alta en otro y capaz de producir crisis hipoglucémicas en un tercero; como vemos en el enfermo número 2 de nuestra casuística, que con una glucemia de 1,20 tiene crisis hipoglucémicas cuando la cifra baja a 1,05, y que son crisis hipoglucémicas no cabe duda, ya que desaparecen con la ingestión de H. de C. y adrenalina.

Tratamiento.—El tratamiento del coma hipoglucémico y el de las crisis todos sabemos que es el suero glucosado e ingestión de H. de C., dando jugos azucarados de frutas, etc., e inyección de adrenalina.

Fuera de estos casos, el tratamiento consistirá en combatir la causa probable de su hiperglucemia; así en nuestro primer caso bastó mejorar su hipertiroidismo para

que desaparecieran sus síndromes hipoglucémicos. En otros casos es un hipertiroidismo lo que conviene tratar. Cuando existe un dintel renal bajo con glucosuria causante de la hipoglucemia administraremos calcio, que, como sabemos, contribuye a elevar el dintel renal; al mismo tiempo emplearemos el glucemial u otros preparados análogos.

En casos de hiperfunción pancreática se ha llegado a aconsejar la extirpación parcial del páncreas; pero ésta sólo la debemos ejecutar en casos de tumor pancreático.

En los casos en los que desconocemos la etiología de los síndromes hipoglucémicos el tratamiento consistirá en aumentar en el régimen alimenticio la cantidad de H. de C., al mismo tiempo de administraremos adrenalina preferentemente a dosis pequeñas y repetidas.

Madrid, 20 de Marzo de 1932.

Bibliografía.

- Marañón: EL SIGLO MEDICO, 1923.
 Marañón y Blanco Soler: *Bol. Soc. Esp. de Biología*, año 1923.
 Marañón y López Morales: *Presse Medical*, 1929.
 Jiménez Díaz y Mansera: *Medicina Ibero*, 1930.
 Jiménez Díaz y Martín Carrasco: *Medicina Ibero*, 1930.
 Umber: *Enfermedades de la nutrición*.
 Umber: *Med. Klin.*, 1928.
 Man y Magath: *Ergeb. a Phys.*, 1924.
 MacLeod: *Carboh. met. a insul.*, 1926.
 Banting Best: *Americ. Jour. of Ph.*, 1922.
 Blanco Soler: *Anales del Hospital de Santa Adela*, 1930.
 Klein y Holzer: *Kl. Woch.*, 1927.
 Wilder: *Verh. de Ges. für inner. Med.*, 1928.
 Bauer: *I. Gekr.*, 1927.
 Unverricht: *Deutsch. med. Woch.*, 1926.

Concepto actual del reumatismo blenorragico

POR EL

DR. JAVIER M. TOME BONA

Y III

TRATAMIENTO

En los anteriores apartados hemos estudiado de un modo elemental la etiología, patogenia y clínica de las artritis blenorragicas, para dejar sentados los conceptos fundamentales de esta interesantísima cuestión, de tal manera, que al llegar a la parte dedicada al tratamiento, principal fin que nos guiaba al emprender esta tarea divulgadora, no tuviéramos constantemente que estar aclarando los conceptos que servían de fundamento a las normas terapéuticas que íbamos dictando.

En el capítulo referente al tratamiento del reumatismo blenorragico existen multitud de cuestiones de palpitante actualidad y de considerable interés, a las cuales queremos hacer cumplida referencia en el curso de estas cuartillas.

Ante un reumatismo blenorragico se plantean varias indicaciones terapéuticas, de las cuales son las más importantes el tratamiento de la blenorragia genital causante de la metástasis, el tratamiento local de la articulación o articulaciones enfermas y, en último término, el empleo de medicaciones dirigidas particularmente al tratamiento general de la infección.

Sobre la primera de las indicaciones mencionadas, poco hemos de decir, ya que en este lugar no resultaría oportuno

detenerse en consideraciones referentes de un modo particular al tratamiento de la uretritis gonocócica y de sus complicaciones genitales. Baste recordar a este propósito las conclusiones siguientes debidas a la experiencia de Mondor:

1.^a Toda recidiva, todo recrudecimiento, o toda agudización de la uretritis, puede dar lugar a la producción de artritis o la agravación de las ya existentes.

2.^a Los tratamientos tópicos uretrales y de las vesículas seminales dan con extraordinaria frecuencia lugar a mejoras y curaciones de las localizaciones articulares.

3.^a Por lo tanto, el mejor tratamiento preventivo de las recaídas de los accidentes articulares, se encuentra en el tratamiento de la infección genital, uretral o perinuretral.

La rapidez con que las artritis blenorragicas dan lugar a anquilosis y a destrucciones, justifican la importancia que tiene el tratamiento local de la articulación o articulaciones enfermas, Ravaut y Boullin en la monografía a que venimos repetidamente haciendo referencia en el curso de estas páginas, aconsejan en este sentido el masaje desde el momento en que el enfermo puede soportarlo, es decir, después de la primera inyección de suero antgonocócico, la movilización a partir de la cuarta, y posteriormente estos dos procedimientos unidos a la mecanoterapia, hasta la completa recuperación funcional de la articulación enferma.

Según algunos otros autores, la inmovilización de la articulación enferma es una de las primeras indicaciones que se desprenden de la observación de un reumatismo blenorragico. Según éstos, la aplicación del aparato inmovilizador debe ser lo más precoz y completa posible. Sin embargo, para autores de la categoría de Mondor, esta inmovilización es un procedimiento que no debe emplearse en la mayoría de los casos. En la monografía de este autor, que presentan 90 observaciones de reumatismo blenorragico tratados por este procedimiento, de los cuales únicamente han curado 27. No quiere decir esto que debamos relegar por completo al olvido la práctica de las inmovilizaciones en las artritis gonocócicas. Tienen éstas circunscritas indicaciones. En las formas relativamente benignas debe rehusarse, mientras que no emplearlo en aquellas artritis que tienen marcada tendencia a producir anquilosis en posición viciosa o luxaciones, debe considerarse como una verdadera negligencia.

La diatermia se ha empleado y se emplea con éxito en el reumatismo blenorragico, actuando sobre todo sobre los dolores. Las punciones articulares con inyección o no de medicamentos en la articulación, se han empleado también con resultados poco constantes. La radioterapia ha sido considerada principalmente por Ceresole como una medicación específica de las artritis gonocócicas.

Hay que reconocer, sin embargo, que, como ya decía muy bien en el año 1900 König y ha repetido en estos últimos tiempos Mondor, las artritis gonocócicas son padecimientos quirúrgicos con tanta frecuencia o más que las artritis tuberculosas. Las estadísticas de los diversos autores que hemos revisado para redactar este trabajo, vistas imparcialmente, muestran la supremacía del tratamiento quirúrgico sobre los restantes procedimientos empleados en este sentido.

No ha mucho el profesor Lenormant consideraba la artrotomía como el procedimiento de elección para el tratamiento de las artritis gonocócicas purulentas. Para Mondor, la mencionada operación es el único medio de combatir aquellas artritis prolongadas, de evolución verdaderamente interminable, en las que el tratamiento médico fracasa constantemente. La cuestión a plantear en este lugar es si esta práctica quirúrgica de la artrotomía debe plantearse con justicia desde el primer momento de la evolución de una

artritis gonocócica aguda. Treinta artrotomías efectuadas en estas condiciones por Mondor han curado sin necesidad de drenaje y siguiendo una evolución postoperatoria perfectamente favorable.

La artrotomía, por otra parte, es una operación perfectamente realizable y benigna, y los resultados que de ella pueden esperarse son absolutamente perfectos y rápidos, de tal modo que actualmente el tratamiento médico, del que más adelante hablaremos, queda reducido a las formas benignas poliarticulares y a las puramente artrálgicas.

Todas las artritis supuradas y flegmonosas con dolores intensos deben ser tratadas quirúrgicamente. La intervención más importante es, como mencionamos, la artrotomía, que tiene por fin efectuar una limpieza de la articulación enferma. En algunos casos determinados están indicadas las sinovectomías y las resecciones precoces o secundarias.

La cuestión del tratamiento quirúrgico de las artritis blenorragias ha sido discutida especialmente en lo referente a las artritis con exudado seroso. Ante ellas los autores son partidarios: unos, de la simple punción evacuadora; otros, de la artrotomía, según hemos indicado más arriba. Los partidarios de este primer procedimiento dicen que con la artrotomía no se obtiene más que un 42 por 100 de buenos resultados, a lo que hemos de decir por nuestra parte que, dada la gravedad de las artritis blenorragias serosas, un 42 por 100 de recuperaciones funcionales totales es ya un resultado que marca un decidido progreso en el tratamiento de esta afección.

La extensión de este capítulo del tratamiento del reumatismo blenorragico nos impide dar la amplitud que merece cada una de las diversas modalidades de él. En lo referente a la terapéutica quirúrgica, apenas si hemos podido esbozar alguna de las importantes cuestiones que suscita. Igual nos ha de ocurrir en el tratamiento medicamentoso que inmediatamente vamos a comenzar a desarrollar. Sirva de justificación a las lagunas de contenido que necesariamente han de existir en este trabajo, el pensar que al redactar este trabajo hemos ido inspirados únicamente por un espíritu divulgador.

El tratamiento general del reumatismo blenorragico más importante es el de la seroterapia antigonocócica. Por las razones expuestas más arriba no podemos entrar en este lugar en consideraciones particulares sobre la evolución que en el transcurso de los años ha sufrido este procedimiento terapéutico ni en los resultados obtenidos por los diversos autores. La exposición puramente esquemática de estas cuestiones requeriría para ser completa una extensión aún mayor que la que hemos dado a este trabajo de conjunto. Únicamente podemos decir en este lugar lo que la experiencia propia y ajena nos ha llevado a incorporarle a nuestra práctica diaria.

En nuestros casos hemos empleado el suero antigonocócico de Mulfor diluido al 10 por 100 en solución fisiológica al 9 por 1.000, empezando por una dosis inicial de 15 c. c., y alcanzando en inyecciones sucesivas hasta 60 c. c., inyectando siempre por vía venosa ya que las otras vías están perfectamente demostrado que carecen de acción terapéutica. Los accidentes séricos se presentan en la mayoría de los casos, pero éstos carecen de gravedad cuando se adoptan precauciones pertinentes. Los resultados terapéuticos obtenidos por este medio son muy rápidos y seguros, no contando en nuestra práctica, aunque breve, ningún fracaso.

Los accidentes séricos, que, como decimos, no deben dejar de esperarse con el empleo del suero antigonocócico, en la mayoría de los casos se caracterizan por crisis congestivas precedidas de dolor lumbar. En los accidentes tardíos

se presenta fiebre ligera, artralgias y eritemas que rápidamente ceden con el empleo del calcio.

De todos modos, los accidentes de este género se evitan en la mayor parte de los casos efectuando muy lentamente la inyección e inyectando adrenalina en el momento en que éstos se inician.

Por algunos autores se ha empleado el suero antigonocócico por vía intraarticular, refiriendo por este medio algunos éxitos notables. La técnica es sencilla, consistiendo en la inyección en el seno de la articulación de una cantidad variable de suero antigonocócico, una vez que se haya evacuado el exudado intraarticular. Moulonget, Paraf y otros autores refieren éxitos considerables por este método. Sin embargo, el examen de conjunto demuestra que este medio proporciona únicamente resultados inconstantes y que además la acción *in loco* del suero da lugar con gran frecuencia a la formación de una verdadera artritis sérica, con gran exudado y signos de inflamación articular con edema muy extenso y reaparición de los dolores. Igualmente, como la seroterapia intravenosa, da lugar a accidentes generales de sensibilización.

Para el tratamiento del reumatismo blenorragico se ha empleado también con éxitos inconstantes la autohemoterapia, por Descaarpentries, y la autoseroterapia, por Pierangeli. La exudoterapia, que, como su nombre indica, consiste en la inyección del contenido líquido de las flictenas producidas experimentalmente, ha sido objeto de importantes trabajos por parte de Pallon, Preaut, Berthomeau y Levi; proporciona éxitos brillantes, principalmente en las formas hidrartrosicas, y es en las restantes un medio a emplear cuando hayan fracasado las otras terapéuticas. La inyección subcutánea del líquido articular ha sido empleada en modo especial por Dufour, sin que los éxitos hayan sido extraordinarios.

La seroterapia inespecífica, con el suero antidiftérico, ha sido empleada con bastante frecuencia, señalándose éxitos considerables, que de comprobarse en lo sucesivo, abrirían un nuevo campo a la experimentación terapéutica.

Los resultados obtenidos con el empleo de las vacunas gonocócicas, según se deduce de la experiencia de la mayoría de los autores, son poco eficaces por lo general. Basset y Poincloux, citados por Wilmoth, han inoculado gonococos atenuados en la uretra del hombre y de la mujer de 34 casos de artritis gonocócicas, habiendo obtenido en 29 resultados rápidos y buenos, dos resultados buenos, pero lentos, otros dos mediocres y un fracaso. Sin embargo, como regla general, puede admitirse que la vacunoterapia es uno de los medios menos eficaces que puede emplearse en otros casos.

Los compuestos de amarillo de acridina se han empleado mucho y aún se emplean con éxito desde fecha reciente, en el tratamiento de las complicaciones de la blenorragia y entre ellas el reumatismo. La bibliografía de todos los países está repleta de trabajos clínicos y experimentales sobre esta cuestión. En estas mismas columnas y no hace mucho, apareció un interesante trabajo de nuestro querido compañero el Dr. Pulido Martín, en el que se recogía su experiencia sobre este género de tratamiento. Sin pretender ahondar en esta importante cuestión, principalmente por falta material de espacio, diremos que con los colorantes de este género se han obtenido resultados muy rápidos y favorables. Únicamente recordaremos que según la experiencia de todos los autores revisados y confirmado por la nuestra propia, las inyecciones de amarillo de acridina, cuando no hacen sentir sus resultados favorables de un modo claro e indudable antes de la cuarta inyección, deben ser abandonadas por

ESTREÑIMIENTO

Lactolaxine Fydau

COMPRIMIDOS DE
FERMENTOS LÁCTICOS
LAXANTES

COMBATE EL
ESTREÑIMIENTO
LA ENTERITIS Y
SUS CONSECUENCIAS
RESTABLECE LA
SENSIBILIDAD
DE LA MUCOSA
REEDUCA EL
INTESTINO

*1 a 3 Comprimidos
por día.*

MEDICAMENTO LAXANTE
IDEAL PARA NIÑOS,
ADULTOS Y ANCIANOS.

LABORATORIOS ANDRÉ PÂRIS
PARIS - FRANCE

Muestras: Alejandro Riera, Agente General
Napoles 166 BARCELONA

DAEVILL

- X -

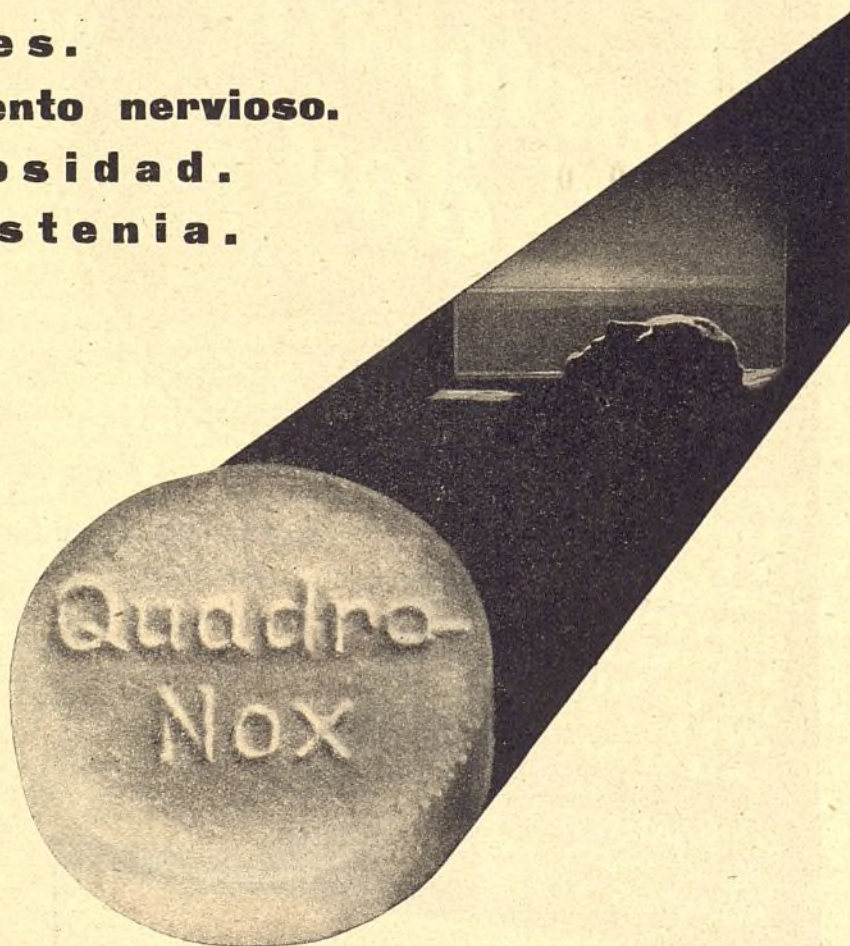
QUADRO-NOX

SUEÑO
REPARADOR
NORMAL después de
Dolores.

Agotamiento nervioso.

Nerviosidad.

Neurastenia.



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

Sustituye con ventaja a la morfina.

Tabletas de 20 \times 0,6 y 10 \times 0,6.

Muestras y literatura:

**A S T A , Aktiengesellschaft, Fábrica Química,
Brackwede, Westf. 128.**

Representante: **HEINZ WERNICK** — Calle de Córcega, 382, 3.º. — **BARCELONA**

otro medio terapéutico, pues nada debe esperarse tardíamente de este medio.

Otro medio terapéutico de las artritis blenorragicas, empleado principalmente por los autores franceses, y con el cual se anuncian éxitos considerables que estamos ganosos de comprobar personalmente, son las inyecciones de torio X. Aversencq en el año 1921 publicó una serie muy numerosa de casos de reumatismo blenorragico tratados con este medicamento. Este a su vez se basaba para sus trabajos en las publicaciones de otros varios, en primer término sobre los resultados mediocres obtenidos con las inyecciones de bromuro de mesotorio y más adelante con los más perfectos logrados por el torio X.

El torio X es el cuarto derivado del torio. Se inyecta por vía subcutánea a la dosis de 5 c. c. en dos partes diferentes del organismo, para evitar la inflamación local muy considerable a que puede dar lugar la inyección de toda la dosis en un mismo lugar. Bastantes autores, por esta misma razón, prefieren la vía intravenosa para su empleo, inyectando en estas condiciones 50 microgramos para la primera inyección y aumentando progresivamente hasta 200, de cuya dosis no se debe pasar. Este producto, que pierde su acción espontáneamente a los tres días de preparado, se hace inactivo más rápidamente todavía en el organismo, lo cual impide los peligros de la acumulación. La acción de este medicamento es antineurálgica y antiséptica. Los resultados que se obtienen en el reumatismo blenorragico son considerables, según se deduce de la multitud de trabajos publicados por muy diversos autores en Francia.

De todos modos, y como resumen de esta nota de terapéutica de las artritis blenorragicas, hay que decir que en el momento actual, y al menos para nosotros, el medicamento de elección a emplear en estos casos, y a pesar de los inconvenientes que tiene, es el suero antigonocócico.

SESIONES CLINICAS

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

SESIÓN CLÍNICA DEL DÍA 26 DE MARZO DE 1932

ALGUNAS CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ENFERMEDAD
DE RAYNAUD

Dr. Landin Garamendi—Enferma de veinte años; viene a nuestra consulta diciéndonos se le ponen moradas las piernas.

En nuestra observación apreciamos que ambas piernas, hasta el tercio superior del muslo, tienen un color rojo azulado. Además, en el pie izquierdo en la región del tendón de Aquiles y sobre la región escafoidea se ven unas ulceraciones de bordes bien definidos y cubiertas por costras de color membrillo.

A la palpación las extremidades están frías, indoloras, no apreciándose estado preedematoso.

Las manos están ligeramente cianóticas, son pequeñas y redondeadas.

Interrogada sobre su ciclo menstrual, nos dice es regular. Tipo 3/28, sin molestias, y que no tiene flujo.

Hacemos el diagnóstico de un posible síndrome acrocianótico.

Otfried Müller llama diátesis vasoneurótica y Rost estado vasoneurótico, un tipo constitucional caracterizado por el complejo sintomático espasmódicoatónico (unos vasos se encuentran en estado de contracción, mientras otros están en un estado de vasodilatación.)

A este objeto conviene recordar con Krogh que las distintas partes del aparato vascular, arteriolas, capilares y venillas se contraen con independencia por acción de estímulos específicos y que incluso pueden hacerlo localmente con cierta independencia del aparato endocrinosimpático, como lo demuestra la acción de la histamina y los reflejos axónicos de Langley.

Aumentan aún la complejidad del problema las ideas de Bauer, Ganpp y Kresmer, admitiendo estados constitucionales del sistema vascular, como la constitución vascular asténica, cuyo papel es indiscutible en la forma de presentarse los cuadros sintomáticos, su manera de evolucionar y responder a la terapéutica que instituyamos.

Por otra parte, Krogh nos dice: La piel es irrigada por pequeñas arterias que proceden de los tejidos subyacentes, que siguiendo un trayecto flexuoso en la hipodermis en los límites inferiores del estrato reticular forman un plexo anastomótico del que arrancan a su vez pequeñas arterias que ascendiendo verticalmente forman en la parte superior del estrato reticular un segundo plexo llamado subpapilar, del que arrancan unas arteriolas muy finas y verticales que dan origen a los capilares. Según frase de O. Müller, nacen unos al lado de los otros, como las púas de un peine, para desembocar en una venilla.

La reunión de estas venillas origina un plexo muy delicado situado por debajo de las papilas, éste se anastomosa con otro situado por debajo del plexo subpapilar arterial.

Spalteholz admite aún la existencia de dos plexos profundos, uno de ellos situado a la altura del arterial profundo.

Estas distintas ideas nos hacen admitir, siguiendo a Rost, que cuadros en apariencia tan distintos como las varices, la úlcera varicosa, el eczema de la pierna, la acrocianosis, la eritromealgia, etc., tienen entre sí un íntimo parentesco, tanto por desarrollarse en sujetos con una constitución vasoneurótica, como por tener una causa desencadenante igual o parecida.

No podemos pasar adelante sin llamar la atención sobre la importancia que muchos autores quieren conceder en la génesis de estos procesos lo mismo a los estados del sistema endocrino, principalmente íncretas genitales suprarrenales y páncreas, y a la distinta tonicidad de los sistemas simpático y parasimpático.

Según el lugar en que se coloque el espasmo y la vasodilatación en el sistema vascular, tendrá lugar la génesis de los distintos cuadros indicados. Pero volviendo a nuestro caso, ¿cuál es su posible génesis? El estado normal de sus reglas y el no haber padecido nunca de su aparato genital nos parecen indicar que no ha podido intervenir en su génesis, o al menos, su importancia será secundaria.

Respecto al estado de tonicidad de su sistema simpático tenemos la reacción de Danielaupulus, que no ha podido ser efectuada por no haber vuelto la enferma por la consulta, lo que nos obliga a emitir juicios un poco en el aire.

Dr. Blanc Fortacin.—Opina que el síndrome acrocianótico es consecutivo a la pi dermatitis del pie izquierdo, que actúa como una espina irritativa de su sistema simpático local.

Nosotros, por otra parte, consideramos la pi dermatitis consecutiva al estado de difícil o defectuosa irrigación vascular que tiene la región al actuar sobre un terreno en ambas condiciones de irritación crónica producida por el zapato.

En cuanto a la causa del síndrome acrocianótico, a nuestro juicio, permanece oscura y sólo exámenes posteriores y seguir atentamente su evolución pueden darnos la clave del problema.

En cuanto a la medicación, primeramente estamos tratando su piodermatitis y si con ello solo no fuese suficiente, pasaríamos a darle un tratamiento sedante simpático como el belladonal, que teniendo en su fórmula luminal y belladona disminuirá la irritabilidad de ambos sistemas; siempre nos queda por probar la acción del eudromil (extracto de páncreas desinsulinizado), cuya acción vasodilatadora he comprobado en varios casos de hipertensión esencial, en la que se supone actúa sobre las arteriales en contracción lo mismo que en estos casos.

INJERTOS ÓSEOS EN ARTRITIS TUBERCULOSAS

Dr. Alba Quesada.—Se presenta un caso de osteoartritis tuberculosa del pie, tratado por enclavamiento óseo y dos injertos parosteales.

Plantea este caso el problema del papel que desempeñan en la terapéutica de las lesiones óseas tuberculosas los injertos óseos.

Comulgando en las ideas de nuestro maestro el doctor Blanc, ideas expuestas con anterioridad a las que ahora expone una escuela italiana, creemos que el papel del injerto es esencialmente biológico, sin negar con ello su valor de aparato de prótesis que puede tener, y que tiene en determinadas condiciones y casos, de una manera casi exclusiva con los estudios de Leriche y Policard expuestos en el capítulo injertos óseos, de su monografía titulada «La fisiología normal y patológica del hueso», encontramos la base firme en donde poder asentar, con un fundamento biológico y científico, este modo de pensar.

Siguiendo la exposición que hacen estos autores, vemos que en la sucesión cronológica de los fenómenos biológicos que sufre el injerto en el terreno que fué trasplantado, lo primero que ocurre es la muerte del trasplante. El hueso no resiste la interrupción de su circulación. A pesar de su muerte, el fragmento óseo trasplantado contrae adherencias con el lecho, que primero son fibrinosas y más tarde conjuntivas por organización de las primeras. El tejido conjuntivo, éste de nueva formación, penetra en las cavidades óseas del trasplante, rehabilitándolo progresivamente. Esta rehabilitación trae, como consecuencia inmediata, la rarefacción del trasplante ya injerto en toda la extensión y amplitud del concepto. De la rarefacción ósea resulta automáticamente la puesta en libertad de materiales calcáreos, que producen en el tejido conjuntivo ambiente un depósito de sales cálcicas liberadas con formación de hueso nuevo y con él la incorporación del injerto al esqueleto del organismo donde se hizo la trasplantación.

El papel que el periostio desempeña en estos fenómenos ha sido muy discutido: desde la opinión absoluta de Ollier, quien creía que era el periostio la parte esencial del injerto, hasta quienes niegan el valor del mismo; hay toda una gama de opiniones. Atendiendo a los resultados de la experiencia clínica, es preciso reconocer que si bien el periostio no es imprescindible para asegurar la continuación del trasplante, su presencia hace que la incorporación se efectúe con una mayor rapidez y seguridad, evitando a la vez (Bachikunsew y Petrow) en su función osteoconductora (Murphy) que pueda extralimitarse y perderse en su desarrollo.

Este es, expuesto brevemente, el proceso biológico de la incorporación de un injerto óseo. Por otra parte, Biancalana (Turín) resume las condiciones necesarias para llevar a cabo la curación de los procesos tuberculosos óseos: en la eliminación y reabsorción del material tuberculoso, seguida de la calcificación del mismo, acompañándose todos estos fenómenos de hiperemia y de proliferación conjuntiva.

Condiciones son éstas que, como hemos visto, se ven principalmente en la evolución y reincorporación de los trasplantes óseos. Estas son, pues, las razones que nos inclinan a pensar vehementemente en el papel predominante que tienen las reacciones biológicas que despiertan los injertos óseos en los medios físcicos. Opinión que por otra parte, refuerzan las observaciones y experimentación clínica y radiográfica expuestas en estas sesiones clínicas recientemente por nuestro profesor el doctor Blanc.

Para terminar, diremos que los hechos son lo suficientemente elocuentes para continuar investigando en este sentido biológico, teniendo en cuenta que, como dicen Leriche y Policard en su obra anteriormente citada, «la hora actual es ante todo química, que es inútil por ahora que los histólogos continúen refiriéndose aquello ha sido hecho tantas veces, y que los cirujanos experimenten sobre el periostio y la osteogénesis reparatriz. La palabra es actualmente de los químicos y de los fisiólogos. Ellos son los únicos que pueden abrir nuevos horizontes, aportando hechos ciertos, sobre los que poder emprender estudios que no lleven a conclusiones equivocadas».

Dr. Mateos.—No está conforme con las ideas expuestas por el Dr. Alba Quesada acerca de una acción biológica del hueso trasplantado. Esta acción debe cesar en el momento en que el fragmento del hueso es separado del territorio orgánico de que formaba parte.

En él, en el hueso del cual era parte integrante, ese fragmento podrá ser asiento de un mecanismo nutritivo bien establecido por la asimilación y producción ósea perióstica y reabsorción medular. Perdida en el injerto la orientación de las capas medular y cortical, perdido también el contacto con substancias celulares propias de aquellas zonas, el injerto será un elemento protésico, eliminado unas veces, fijado otras por el organismo, en virtud de procesos de proliferación celular, de evolución breve para poder ser considerados como base de una terapéutica.

Dr. Blanc Fortatín.—A las consideraciones hechas por el Dr. Mateos, respecto a la tesis sustentada por el Dr. Alba Quesada, he de añadir algunas ideas que resuman un modo de acusar respecto al asunto que se debate.

Cuando un trozo de hueso es implantado en otro hueso del mismo individuo, el primer fenómeno que tiene lugar es el de protesta. El tejido conjuntivo del hueso receptor se lanza sobre los elementos vivos del injerto y por medio de fenómenos físcicos destruye a estos elementos vivos y los mata. No queda del injerto más que el elemento inorgánico. Poco después ese tejido conjuntivo osteoblástico penetra en el almacén óseo injertado, lo incorpora a su territorio acomodándose en él. Se ha realizado un acto de piratería orgánica que se llama rehabilitación del injerto.

Ahora bien, cuando en una fractura con retardo de consolidación injertamos una tira de hueso, no hacemos con ella una simple inmovilización a la manera de una grapa, ni suministramos solamente a la fractura elemento calcáreo. Poca sujeción y poca cal pueden dar esos injertos periostocorticales, y sin embargo, se obtienen con ellos buenos resultados. Lo que hacemos es provocar mediante la convulsión celular antes mencionada una transformación funcional del tejido conjuntivo del hueso en su zona fracturada, haciéndole apto para recibir los materiales inorgánicos. ¿En virtud de qué mecanismo? No lo sabemos. Quizás sean los mismos productos de desintegración muertos en el ataque los que actúen como modificadores de la actividad celular.

Por lo dicho se deduce que no es la biología del injerto lo que nos interesa; aun en los casos en que éste parece más dirigido a un papel esencialmente mecánico, ya se ve

TODAS NEURÁLGIAS REBELDES



SEDACIÓN
RAPIDA Y
ATÓXICA

AMPOLLAS ESTERILIZADAS

NAIODINE

NaI ESTABILIZADO HIPERACTIVO

Inyecciones indoloras
20^{cc} a 30^{cc} por día
en ampollas de 5^{cc} & 10^{cc}

LABORATOIRES J. LOGEAI — Boulogne s/seine près PARIS

Muestras y literatura: D. Juan Martín. — MADRID-BARCELONA

EN LA TUBERCULOSIS

LABORATORIOS ABELLO

Vinaroz 5 MADRID



Crosanil
Tiosulfato doble de Oro y Sodio

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).



METODO CITOFILÁCTICO DEL PROFESOR P. DELBET
COMUNICACIONES EN LA ACADEMIA DE MEDICINA del 5 de Junio, 10 de Julio, 13 de Noviembre 1928, 18 de Marzo 1930

DELBIASE

Comprimidos de Sales halogenas de **MAGNESIO**

ESTIMULANTE BIOLÓGICO GENERAL POR HYPERMINERALIZACIÓN MAGNESIANA DEL ORGANISMO

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

PRINCIPALES INDICACIONES :

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

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

Laboratoire de Pharmacologie Générale, D^r Ph. CHAPPELLE
8, rue Vivienne, PARIS

Muestra medical sobre pedido.

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

que ese papel, esa función va envuelta en un mecanismo biológico de gran trascendencia y que supera en efectividad a lo mecánico.

Mas cuando el injerto se dirige como en los casos objeto de la comunicación del Sr. Alba Quesada, no a realizar acciones mecánicas, sino de otra índole, entonces la morfología del mismo, su constitución por capa cortical densa y medular esponjosa, desaparece en absoluto, porque no la concebimos ya más que como un sector conjuntivo en lisis celular, despertando actividades en el hueso en el cual lo incrustamos. Podrá o no ser cierta nuestra hipótesis de la acción biológica favorable de los injertos óseos en huesos tuberculosos; pero al defenderla busco los argumentos, no en proceso de rehabilitación y fijación del injerto, sino en los fenómenos que se desenvuelven en el tejido conjuntivo del hueso receptor mientras esa rehabilitación tiene lugar.

No se hace mención en las intervenciones de los comunicantes de los resultados obtenidos en los casos clínicos operados en este mes. Es un caso el de artritis tibiotalariana con lesiones predominante en astrágalo. El otro, el de una enferma con lesiones de cuarta y quinta lumbares. En ambos el diagnóstico fundamentado en los fenómenos clínicos y radiográficamente por la decalcificación y rarefacción en las regiones afectas. En ambos casos la prueba clínica no ha podido ser más concluyente; la enferma al cabo de un mes anda casi sin dolores y experimenta una notable mejoría de estado general, comprobada asimismo en las pruebas hematológicas (regeneración globular, aumento de hemoglobina). El niño, después de un mes de estancia en cama, se levanta, anda sin molestias, su tumefacción tibiotalariana ha disminuido y su nutrición ha mejorado. Pero veamos la imagen radiográfica y comparemos con la anterior a la intervención y podremos adivinar lo que en el hueso enfermo ha ocurrido. Se ve el injerto atravesando de parte a parte transversalmente el astrágalo; ese injerto está como corroído en sus extremos; en cambio, las regiones vecinas contrastan por su mayor opacidad con las inmediatas. Es que la fijación calcárea está realizándose desde injerto a tejidos enfermos. Prueba de que el proceso en ellos va extinguiéndose.

VACUNOTERAPIA GENERAL Y LOCAL

Dr. Oted.—Despertar defensas en el organismo para combatir los procesos subsiguientes a ataques microbianos ha sido en principio la directriz de la vacunoterapia; las proteínas microbianas constituían los antígenos frente a los cuales la biología celular creaba los anticuerpos que habían de neutralizar las toxinas de los gérmenes en actividad. El proceso clínicamente es bien conocido y el método se aplica en la clínica según técnica bien reglada.

De ella obtenemos buenos resultados en infinidad de procesos quirúrgicos. En algunos, como los estafilocócicos, el resultado es casi constante. En otros es más incierto; tal sucede con los estreptocócicos, en los cuales recurrimos a vacunas autógenas. Notable es la mejoría experimentada por algunos enfermos ginecológicos con el uso de la vacuna coli por ingestión y en inyección. Hace ya varios años antes de que los estudios de Achard y otros definieran las modalidades patógenas del colibacilo, los Dres. Blanc y Mayoral prepararon vacunas de gérmenes intestinales a las cuales atribuían papel determinante en procesos peritoneales circunscritos y difusos y en procesos urinarios. Después de varios años la acción patógena piógena del colibacilo ha sido confirmada y con ello ha sido posible tratar procesos antes considerados como inaccesibles a la vacunoterapia.

Más si ésta conservara en cuanto a profilaxis un te-

reno que ha conquistado por la realidad y efectividad de su acción, terapéuticamente se tiende hoy día a llevar directamente a los tejidos enfermos las sustancias inmunizantes; ello se debe a un concepto de Besredka inmunizando al animal contra el carbunco por su procedimiento de cutivacuación. Cuando el organismo es atacado por un microbio, no es preciso que siempre todo ese organismo se inmovilice para defender el punto atacado. Hay casos muy numerosos en que la infección es local y otros en que el organismo se halla todo él inmunizado contra el germen, excepto un sistema celular que puede considerarse como receptivo o sensible a dicha infección; tal sucede, por ejemplo, algunos gérmenes de la piel. Si ésta es infectada y la infección toma vuelo, la virulencia del germen se exaltará y podrá de allí emigrar, infectando otras regiones orgánicas. Pero si directamente exaltamos las defensas llevando al punto atacado sustancias inmunizantes, protegeremos la región atacada, y el germen, no hallando en ella campo apropiado, se extinguirá. Defendiendo un punto orgánico habremos defendido el resto del organismo, Besredka realizó la cultivación con cultivos microbianos; pero más tarde experimentó con los antiviruses. El antiviruse no es más que un filtrado de cultivo viejo, en cuyo filtrado no existen cuerpos microbianos como en las vacunas, sino productos de excreción microbiana, sustancias no bien conocidas, pero que impiden el desarrollo bacteriano si en él se siembran bacterias nuevas.

Esta sustancia no se altera a pesar del tiempo y de manipulaciones de esterilización.

Con estas sustancias trabajamos hoy en clínica de infecciones quirúrgicas, y los resultados son altamente satisfactorios. El método tiene algunas dificultades; la mayor parte de las infecciones quirúrgicas son polimicrobianas; ello obliga a trabajar con antiviruses de polivalencia grande, pues si bien en una clínica que dispenga de buenos laboratorios auxiliares pueden aislarse los gérmenes de cada infección y preparar los antiviruses correspondientes, en la práctica nos interesa disponer de medios aplicables a gran número de casos. Recomendable es en este sentido el antiviruse polivalente llamado Metavaccin, el cual está preparado con las especies bacterianas más comunes en las infecciones quirúrgicas, pues comprende el estafilococo, el estreptococo, el colibacilo, el piocianico, el proteico enterococo, tetragero, el neumococo y el pseudodiftérico. Todos estos géneros son cultivados separadamente, y para cada uno de ellos se obtiene un antiviruse. Estos son luego mezclados en proporciones convenientes según técnica y experimentación, y así disponemos de un poderoso tratamiento de infecciones que representa un verdadero progreso en Cirugía.

Dr. Blanc Fortacin.—La comunicación del Dr. Oted da motivo a comentarios de diversos órdenes: unos respecto a evolución de ideas en las inyecciones; otros, a simplificación de la técnica vacunoterápica.

Por lo que se refiere al primer punto, hemos, afortunadamente, abjurado de muchos errores y prejuicios que años atrás anquilosaban nuestra acción terapéutica y por práctica de infecciones. Ha recordado el Dr. Oted aquel concepto que sostuvimos hace años el Dr. Mayoral y yo respecto a la acción patógena del colibacilo. No era una abstracción, era una realidad que demostrábamos, presentando la flora microbiana de procesos peritoneales graves, de afecciones urinarias de procesos genitales en la mujer, etc.; en todos ellos aparecía el colibacilo de modo constante. Y cuando preconizábamos la vacunación preventiva contra dicho germen en cirugía abdominal y la acción terapéutica con sangre de animal vacunado con dicho germen, se nos oponía e

postulado de ínfima acción virulenta de dicha bacteria, casi saprofitica. No tardó en darse un mentís a dicho postulado, y muy poco tiempo después, investigaciones concluyentes aislaron una raza de colibacilo con acción piógena. Nuestra manera de enjuiciar el asunto era, por tanto, lógica y verdadera, y nos cabe la satisfacción al Dr. Mayoral y a mí de haber iniciado con experimentación propia la resolución del problema de profilaxia y tratamiento de la infección colibacilar en el terreno quirúrgico.

Hoy lo vemos plenamente confirmado en la práctica: en el producto polivalente que citaba el Dr. Oted y que usamos en nuestra clínica con resultados excelentes. Se incorporan los antiviruses de 145 razas de colibacilo, prueba evidente de que en el estudio previo a la preparación de esos antiviruses se han encontrado gran número de casos de infección en que el colibacilo actuaba como especie patógena.

El otro extremo que el Dr. Oted hacía resaltar es el de la inmunización local. Es efectivamente un hecho bien comprobado, aun por una experiencia empírica, que si tomamos sangre de un sujeto infectado y la inyectamos alrededor del foco local de donde la infección parte, logramos una mejoría y muchas veces la curación del proceso. Dejando aparte el mecanismo de la hemoterapia en general, fijémonos nada más en el hecho de que las mismas sustancias inmunizantes impregnaban el foco, antes y después de la hemoterapia, puesto que con la circulación sanguínea llegaban allí las mismas sustancias que en las inyecciones de sangre del propio sujeto hemos depositado alrededor del foco. Se dirá que en la hemoterapia se desenvuelven otras acciones que las de simple aportación, pero esto no invalida nuestra afirmación de que entre otras cosas hemos hecho una impregnación focal con sustancias inmunizantes del propio sujeto.

Hay un método que, pese al tiempo, factor demoledor en Medicina, conserva un positivo valor en el arsenal terapéutico de infección. El método de la hiperhemia de Bier, en sus formas de hiperhemia activa de estancación venosa. También aquí los mecanismos son complejos, pero entre ellos, uno es el de aportación y fijación de anticuerpos en el foco infectado.

Considero que el método de hemoterapia local, el de hiperhemia de Bier y el de vacunoterapia local son tres métodos en los cuales el mecanismo básico es el de concentración en el foco de sustancias inmunizantes, las cuales no difieren en calidad, pero sí en cantidad, de las que la inmunidad natural o la estimulada en el organismo general por las vacunas aportan al foco infectivo. Usando una frase que si no encierra un concepto completamente exacto, expresa gráficamente nuestro modo de ver la cuestión, podríamos decir que la inmunización local, como la hemoterapia, como la hiperhemia, refuerzan la dosis de inmunización, impregnando el foco con mayor cantidad de anticuerpos que la suministrada por la circulación sanguínea establecida en el mismo.

BIBLIOGRAFIA (1)

TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES INTERNAS, por A. Goldscheider. Editorial Labor, S. A., Barcelona, 1932.

Libro eminentemente práctico, sobre todo para el médico de cabecera. El autor se limita a dar sólo los remedios que se pueden aplicar en la práctica corriente y que han sido sancionados por la experiencia.

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

Tras unas consideraciones sobre *Terapéutica general*, en que enumera el tratamiento de los síndromes más frecuentes (dolor, fiebre, etc) y la terapéutica general de las enfermedades infecciosas, pasa revista a las medidas que conviene tomar en las afecciones más corrientes de los aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo, urinario; en las enfermedades del metabolismo, del sistema endocrino, sangre y sistema nervioso. Un capítulo completo dedica a reumatismo.

Junto con estas normas terapéuticas a seguir indica también, en casi todas las afecciones, la sintomatología gruesa de la enfermedad, y el momento preciso de cumplir una determinada medida terapéutica.

La traducción, del Dr. Julio G. Sánchez Lucas, hecha con gran cuidado, de redacción clara y agradable.

PERIODICOS MEDICOS

Extranjeros

Millan y Degos. LAS COSTRAS IMPETIGINOSAS EN LA ERITRODERMIA ARSENICAL.—Se trata de una eritrodermia arsenical aparecida al final de un tratamiento por el 914, en el curso del cual habían sido administrados 3 gramos diarios de yoduro potásico. Es probable que esta asociación de los vasodilatadores haya favorecido la aparición del accidente. Señalan los autores que la eritrodermia se inició por el pliegue del codo a nivel del lugar donde accidentalmente se había extendido el medicamento bajo la piel.

El hecho fundamental sobre el que insisten los autores en este trabajo, es la aparición en esta enferma de numerosas costras melicéricas consecutivas a erosiones y aun a levantamientos ampollosos. Clínicamente podrían tomarse estas costras por coagulaciones de serosidad de la eritrodermia vesículoedematosa, análogas en un todo a las del eczema. Sin embargo, la forma redondeada de las costras, las erosiones igualmente lenticulares que es posible descubrir en algunos puntos, muestran que se trata de un verdadero impétigo, o sea que la piel de esta mujer ha sido invadida por el estreptococo. Esta invasión explica la prolongación indefinida de la eritrodermia.

La eritrodermia vesículoedematosa debe ser considerada, en opinión de los autores, como un lugar de pululación predelecta para el estreptococo, la cual, a su vez, es el factor esencial en el enrojecimiento y edema de la piel.

Llaman la atención los autores sobre este hecho porque tiene un corolario terapéutico. En esta segunda fase de la eritrodermia debe emplearse un tratamiento local contra el estreptococo. (*Paris Medical*, número especial de Dermatología, 16 de Enero de 1932).—TOMÉ BONA.

S. Torres Blanco. DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO DE LAS PTOSIS ADQUIRIDAS Y CONGÉNITAS POR MEDIO DEL EXAMEN DE LAS PIELOGRAFÍAS.—Al examinar una pielografía, el largo del uréter nos indicará si se trata de una ptosis congénita o adquirida.

La falta de acodaduras o el que éstas sean poco pronunciadas, no hallándose el uréter acompañado de estrechez o dilataciones, aboga en favor de las ectopías congénitas.

En general, no existiendo complicaciones, el funcionamiento de los riñones con ptosis congénita es normal. (*La Sem. Méd. de Buenos Aires*, 11 de Junio de 1931.)



SANATORIO NEUROPÁTICO

CARABANCHEL BAJO (Madrid). — Teléfono 116 C.

Director: DR. GONZALO R. LAFORA

Plaza de la Independencia, 8. — MADRID

Unico Sanatorio **misto**, 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 por el Dr. Gonzalo R. Lafora.

LABORATORIOS CAMPOS FILLOL VALENCIA

LACTOBULGARINA

El mejor desinfectante intestinal.

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

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

Dosis: de 2 a 10 cucharadas por día.

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

LACTOBULGARINA

Vías respiratorias

JARABE FAMEL
a base de Lactococcus soluble

**ACCION
RAPIDA
Y
SEGURA**

calma la tos
facilita la expectoración
reanima el estado general

Depósito general para España
Catal y Morán-Aragón 228 - Barcelona

GRAN BALNEARIO DE MEDINA DEL CAMPO

Verdadero Sanatorio para la escrófula, según informe del Real Consejo de Sanidad.

Aguas cloruradosódicas, sulfurosas, bromoyoduradas de fuerte mineralización. Unicas en España que elaboran **AGUAS MADRES**, análogas y muy superiores a las de Salies de Bearn y Briscous, en Francia; de Kreuznach y Nauheim, en Alemania; de Lavey y Tarasp-Schulz en Suiza.

Eficacísimas para el **LINFATISMO ESCROFULOSO** en todas sus manifestaciones, tuberculosis locales, mal de Pott, artrocaces, coxalgias, oftalmías, corizas, ocnas, raquitismo, herpetismo, reumatismo, anemias, metritis, histerismo, corea, neurastenia y parálisis reflejas.

Manantial alcalino « ANITA »

Aguas cloruradosódicas bicarbonatadas. Variedad litínicas y bromuradas superiores a las tan famosas de Carlsbad en Austria Hungría. Indicadas en las afecciones crónicas del estómago e intestinos, infartos del hígado y bazo, cólicos hepáticos y nefríticos; catarros de la vejiga, diabetes, gota y obesidad. Esmerado servicio de fonda y gran hotel. Espaciosas habitaciones con luz eléctrica, capilla para el culto. Automóviles a la llegada de los trenes.

Temporada oficial de 1.º de Junio a 30 de Septiembre.

Médico director: D. Clodoaldo García Muñoz, catedrático de la Facultad de Medicina de Valladolid.
Para más detalles y correspondencia al Administrador del Balneario.

PARA EL ESTOMAGO E INTESTINOS
ELIXIR CLÓRHIDRO PÉPSICO AMARGÓS
DIGESTIL

(Nombre registrado.)

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

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 ESTOMAGAL
SAIZ DE CARLOS
(STOMALIX)

Poderoso tónico digestivo que triunfa siempre.

Véase: Principales farmacias del mundo.



Tratamiento de la **TOS** en general
Tos seca - Bronco-neumonía
Bronquitis - Gripe
Tuberculosis
Asma

GERMOSE
Gotas del Dr.
BAYRAC
(NO TÓXICO)

Específico
contra la Coqueluche.

(Tos Ferina.)

A base de Fluoroformo estabilizado en extractos vegetales.

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

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

La cartera de «Decio Carlan»

Si lo que hoy ocurre en el mundo entero significa la substitución de una civilización que agoniza por otra que nace,

**CATARROS. TOS
JARABE MADARIAGA.**
benzocinámico.

bien venida sea ésta, pues no podemos lamentar de un modo definitivo la dudosa perfección de lo que substituye; pero si la que tenemos entre manos es la defensa de lo que hemos amado, de lo que hemos vivido y de aquello en que hemos vivido, la abstención de intervenir tiene un nombre, y es la cobardía, y una sanción, que es la del castigo definitivo. Las manos pueden estar cruzadas, levantadas al cielo o armadas para la lucha, y lo que no puede ser es que permanezcan inertes metidas en los bolsillos o defendiendo las cerraduras de las cajas de caudales.

Ozetroc.

Desconfía del hombre improvisador y original que se supone capaz de innovar lo hecho por otros. Por punto general es un imbécil que por no haber leído nada, no haber visto nada y no haber

Calcinhemol Alcuberro

Poderoso antianémico.
Alcalá, 88. — Madrid.

vivido nada, supone que nada ha existido antes que él. Es un peligro mayor que el ocioso, sobre todo en los servicios públicos.

Ich.

Paremiología vulgar.

«Cantó quieto cría moho.»
«Piedra movediza,
nunca el moho la cobija.»

DOS METÁFORAS.—GLOSA.

El primer adagio nos advierte que, estando bien con nuestro destino en un punto determinado, no debemos separarnos de él; en cuyo caso, el «canto» continuará lentamente criando «moho», que es nuestro *ahorro*.

El segundo adagio es inverso al primero, a saber: si abandonamos capciosamente nuestro destino, o habitual estancia, ante la esperanza, tal vez insegura, de otra ocupación más lucrativa, será difícil, acaso imposible, que a la «piedra movediza» la cobije el moho», nuestro *ahorro*, por haberlo gastado en mudanzas o traslados ilusorios.

BONIFACIO RAMÍREZ MORENO.

Santander, 21 de Abril 1932.

JARABE ALMERA

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

TEMAS ACTUALES

Mientras no pasa la bandera.

Entonces montaba yo un caballo castaño y pinturero, un Tarbes de finos remos y larga cola, que tenía uno de esos nombres arbitrarios con que suele llamarse a los caballos: «Concordable».

Algunas veces, cuando al cruzar una calle la mirada afectuosa y admirativa de los transeúntes quedaba prendida en la vistiosidad de la tropa que nos seguía,

parecía que jinete y caballo nos sentíamos crecer, y no resistíamos al deseo infantil de pavonearnos ligeramente.

Un día la gente se apiñaba hacia los bordillos de las aceras, que eran hormigueros humanos; había en toda un esca-

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

lofrío de emoción, y con el rabillo del ojo yo iba viendo las cabezas masculinas destocadas y una humedad brillante en los ojos de las mujeres. Aquel día, el jinete y el caballo nos sentíamos empujados y era como si quisiéramos desaparecer porque se viese únicamente la bordada seda amarilla y roja que flotaba al viento sobre nuestras cabezas; con nosotros, en mi mano, pasaba el estandarte nacional.

Ya por entonces, algunos intelectuales andaban voceando no sé qué necesidades del Ejército, de procesiones y desfiles, y hubo en las alturas gente suficientemente ingenua para prestar oídos a la censura y lo bastante poco avisada para olvidar que lo que las formaciones,

YODALGON
ARRHENALADO
COMBINACIÓN ORGÁNICA DE YODO Y ARSÉNICO

paradas y desfiles restan a la preparación técnica de la tropa lo pagan con creces contribuyendo a su formación moral; porque el sentir sobre sí la ad-

las que fueran procedentes según la legislación anterior. Las disposiciones de esta Ley en cuya virtud hubieran de practicarse liquidaciones de cuantía inferior a la procedente conforme a la legislación anterior, se aplicarán a los actos y contratos pendientes de liquidación en las Oficinas liquidadoras, en la fecha de su publicación, y a los que, habiéndose causado también con anterioridad a ella, se presenten a liquidación en los plazos señalados en el art. 12 de la Ley de 28 de Febrero de 1927, pero computable desde el día siguiente al de la publicación de esta Ley.

2.ª En las adquisiciones derivadas de actos o contratos anteriores a 1.º de Mayo de 1926 sujetas a las condiciones a que se refiere el art. 6.º de la Ley de 28 de Febrero de 1927, cuya efectividad tenga o haya tenido lugar a partir de la indicada fecha, no serán de aplicación las disposiciones del mencionado artículo, en cuanto modifiquen las anteriores, si los correspondientes documentos se presentasen o se hubieren presentado a liquidación dentro de los plazos reglamentarios y de sus prórrogas.

3.ª Las disposiciones referentes al impuesto sobre el caudal relicto no serán de aplicación a las sucesiones causadas con anterioridad a 1.º de Mayo de 1926, cualquiera que sea la fecha en que se hayan presentado o se presenten a liquidación.»

Segunda. Se suprime la disposición 4.ª de las transitorias de la Ley de 28 de Febrero de 1927, declarada subsis-

tente por Decreto de 6 de Mayo de 1931, ratificado con fuerza de ley por la de 9 de Septiembre próximo pasado.

Disposición adicional.

Se autoriza al Ministro de Hacienda para publicar un nuevo texto de la mencionada ley de la Tarifa adjunta, conforme a las modificaciones que por ésta se realizan, designándose dicho texto con la fecha de la presente Ley.

Canon de superficie de minas.

Art. 22. Se establece desde el corriente año un recargo del 30 por 100 sobre los tipos de canon de superficie vigente en las concesiones mineras.

Se exceptuarán de este recargo las que se hallen en actividad, las utilizadas para los servicios auxiliares de las explotaciones mineras realizadas por el mismo titular y aquellas otras en que se dé el caso de que el concesionario, poseedor de varias concesiones en la misma zona, esté autorizado, con arreglo a las disposiciones legales vigentes, para concentrar en una o varias de ellas los trabajos de investigación o explotación de todas.

Igualmente se exceptuarán del expresado recargo las minas o grupos de minas en las que, según dictamen de la Jefatura de Minas del distrito minero correspondiente, aparezca invertido en trabajos de reconocimiento, estudios,

miración y el afecto de las gentes da a una tropa un sentido de seguridad que le es necesario y una sensación bastante justa de la deuda de amparo y apoyo con ellas contraída.

Pero por un respeto inmerecido a las censuras de los que a sí mismos se calificaban de hombres de excepción, y quizá por recelo de que se hubiese alejado del Ejército el afecto popular y temor

litar antimilitarista, en el que tras una pantalla de principios democráticos y liberaloides—el pacifismo, los Estados

lo que, por la cobardía de no parecer suficientemente cultos, se les toleró decir y predicar.

CARABAÑA: el mejor purgante.

pueril de que se exteriorizase este desvío, sufrieron forzado eclipse las fiestas militares; las ceremonias periódicas de la jura de la bandera se retrajeron a los patios cuarteleros, y los desfiles fueron casi totalmente suprimidos.

El día que tal se pensó quedaron vencidos sin lucha todos los principios que se encarnaban en el Ejército; para muchos militares vestir el uniforme empezó a parecer una agobiante humillación; el sometimiento a la disciplina militar empezó a parecerles una disminución

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

Unidos de Europa, todo lo que, según Daudet, ha dado nacimiento a esa industria de la Sociedad de Naciones—se oculta el disgusto de la profesión y la desgana de un deber del que se ha llegado a ser incapaz.

Pero resulta ahora que estos hombres que tienen entre sus manos la hora ac-

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

tual de España, si no más inteligentes, no son, cuando menos, tan ingenuos como los que les precedieron en la tarea, y como no les faltan atisbos de fácil psicología y han querido restablecer la comunión del Ejército con las gentes de la calle, no se han mostrado remisos para substraerlo al aire y al sol de los campos de maniobras, trayéndolo al ambiente urbano.

Hace unos días, para ver desfilar a una tropa, me estacionaba yo frente a la calzada en una acera en la que había pocas aperturas y menos iluminado entusiasmo; no era esto extraño, porque no en vano todo un largo período pre revolucionario se consagró a denigrar a la Milicia y excavar una zanja que la apartara del país, y luego, éste aceptó lo que le habían dicho sus oráculos:

Por eso en aquella mañana de Recoletos los comentarios caían flojamente de los labios y el entusiasmo no juntaba las manos en un aplauso más que al paso de la Guardia Civil, excepción en

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

la que se prende la esperanza de que el movimiento de reacción sea lo bastante intenso para llegar a comprender un día que la salud está en un retorno a lo antiguo, uno de cuyos ejes es precisamente el Ejército.

Hay que esperar que antes se den cuenta de ello los mismos militares, y que recobren—aquellos que lo hubieran perdido—el alto concepto que a los hombres realmente inteligentes merece su honrosa misión de sacrificio. Así volveremos a sorprender en estas fiestas militares aquellas vibraciones de júbilo entusiasmo, y cuando las banderas pasen, las manos se apresurarán a destocar las cabezas y los ojos húmedos brillarán al sol mañanero. Aquel día yo estuve aguardando, para saludarla ren-

Contra las neuralgias aconseja el CEREBRINO MANDRI

didamente, a aquella bandera nacional jurada un día ya lejano; pero aquella bandera no pasó.

JORGE VIGON.

(De Informaciones. Madrid.)

de la personalidad moral, y fué entonces cuando se dió a luz ese aborto de mentes enfermas de semicultura: el mi-

sondeos o investigaciones cantidad superior al duplo del importe del canon de superficie, siempre que este duplo exceda de 100.000 pesetas.

Como norma general, la obtención de productos en un año eximirá de dicho recargo en el siguiente.

Impuesto de transportes por las vías terrestres y fluviales.

Art. 23. Después del número 4.º del art. 8.º de la vigente ley del Impuesto de transportes por las vías terrestres y fluviales, texto refundido de 5 de Julio de 1920, artículo relativo a la facultad del Gobierno de celebrar conciertos para el pago de dicho impuesto se añadirá, con el número 5.º, lo siguiente:

«5.º Con las Empresas o dueños de camiones u otros vehículos de tracción mecánica que transporten exclusivamente mercancías o efectos por carretera o caminos ordinarios.»

Art. 24. El precio de los conciertos a que se refiere el artículo anterior será el 5 por 100 del rendimiento que se calcule ha de obtenerse por el transporte durante el período del contrato. A tal efecto, se tomará como base, al menos, las dos terceras partes de la carga máxima de cada vehículo, el número de viajes que éste realice al año, los kilómetros que recorra en cada viaje y el precio del transporte por tonelada. Si éste no fuese justificado suficientemente, se

considerará, en general, como precio por tonelada y kilómetro, el de pesetas 0,50, y en especial, 0,30, tratándose de personas o entidades comerciales o fabriles que transporten sus productos en camiones de su propiedad fuera de los términos municipales en que radique su domicilio o fábrica. Cuando se rehusare el concierto en todos los casos de este artículo, se liquidará el impuesto a razón de dos céntimos y medio de peseta por tonelada y kilómetro de recorrido en todos los viajes que el vehículo realice; ello si la Administración pudiese adquirir los datos necesarios para practicar la correspondiente liquidación. En otro caso se estimará que cada vehículo recorre diariamente 40 kilómetros.

Art. 25. El precio de los conciertos para el pago del impuesto de Transportes que hayan de celebrarse con las Empresas o dueños de automóviles u otros vehículos que transporten a la vez viajeros y efectos, o viajeros solamente, por carreteras o caminos ordinarios, será el 15 por 100 del rendimiento íntegro obtenido por el transporte de viajeros en el año económico anterior al de la fecha del contrato, y el 5 por 100 del rendimiento íntegro también del transporte de efectos en igual período.

Para la celebración de tales conciertos será preciso que las Empresas o los dueños de los vehículos exhiban o consientan en exhibir sus libros de contabilidad y que éstos reúnan los requisitos que exigen las disposiciones vigentes

poco claros que se siente tendencia a considerarlos como psicópatas si el estado de desnutrición que muestran no hace pensar en la existencia verdadera de un proceso grave. Son delgados, se hallan asténicos y no pueden hacer esfuerzo alguno considerable. La marcha les produce en seguida agotamiento, la tensión arterial se encuentra reducida, y por el examen de la sangre se les aprecia una anemia casi constante con ligera mononucleosis. Por su parte, la temperatura puede estar normal, pero es corriente que ofrezca ligeras elevaciones, especialmente si se toma a raíz de un movimiento o de un esfuerzo.

En este tipo de enfermos cuesta trabajo diferenciar los dolores peritoneales, que se exageran en la palpación, de los dolores que se producen por los espasmos del intestino; sin embargo, se puede hacer la diferencia, porque estos últimos no tienen localización fija y desaparecen por un amasamiento suave, en tanto que los primeros se producen siempre en el mismo sitio y se exageran por la presión. Según los síntomas que dominan, así limitará la tuberculosis peritoneal un proceso u otro, desde la enteritis mucomembranosa hasta el carcinoma del intestino. Cuando esta peritonitis se localiza un poco más abajo ocasiona un verdadero síndrome sigmoideo con dolores en la fosa ilíaca izquierda y distensión del colon descendente y brotes febriles. En todos estos casos el diagnóstico correcto se hará con motivo de la intervención, cuando se descubre el intestino de aspecto normal, pero comprimido por las adherencias peritoneales. Hay enfermos en los cuales el tacto rectal practicado fuera de las crisis dolorosas permite reconocer una tumefacción profunda que se prolonga hacia la pelvis menor, donde ya no es posible seguirla.

Las formas subdiafragmáticas son la consecuencia de lesiones que se encuentran en las regiones más altas del peritoneo parietal, el que tapiza la cara inferior del diafragma. Pueden simular tres fenómenos: los císticos o de la vesícula biliar, los frénicos y los gástricos. La forma cística parece la más corriente; en ella se quejan los enfermos de dolores localizados en el hipocondrio derecho que a veces simulan

ma de los miembros inferiores por dificultades a la circulación de retorno. La complicación más grave de cuantas se pueden presentar es la oclusión intestinal. Hay asimismo casos en los que la cirrosis tuberculosa intensa puede dar lugar a cirrosis viscerales muy graves; por ejemplo, del bazo, del hígado o del intestino. Cuando no ha dado lugar a tales síntomas, la peritonitis fibrosa que llevaba una marcha larvada se manifiesta de repente por la aparición de un síndrome de oclusión intestinal aguda. Pero cuando se trata de una parálisis intestinal o de una compresión, el síndrome toma una marcha crónica.

Las peritonitis limitadas son las más difíciles de diferenciar. En los demás tipos se hallaba afecto todo el peritoneo o la mayor parte de él; en cambio, aquí la lesión se encuentra absolutamente localizada a una parte del abdomen o por lo menos domina claramente en ella. Por este motivo es muy variable el aspecto de la peritonitis, que puede adoptar la marcha de cualquier reacción peritoneal a un proceso de la vesícula biliar del apéndice, de los órganos de la pelvis, etc. Además es corriente que se trate de una peritonitis seca o plástica, aparentemente primitiva, que evoluciona por cuenta propia sin que en dicha evolución tomen parte los órganos subyacentes. Sin embargo, algunas veces se encuentra en un enfermo alguna lesión fibrocálcica o ulcerocálcica que se extiende a la viscera subyacente.

Las más frecuentes de estas peritonitis localizadas son las formas intestinales, que difieren bastante entre sí, según la región del intestino que sea el origen de las mismas. En los más casos se trata del ciego y del apéndice. La peritonitis apendicular suele tener una marcha aguda que hace creer en la apendicitis aguda. Tras de dos o tres crisis de variable intensidad se opera y es cuando se encuentra un peritoneo cubierto de granulaciones a nivel del apéndice y de él hacia adentro. Lo característico de tales casos es que después de la operación queda dolor a la presión por dentro de la cicatriz, que se repiten las crisis y que el dolor se extiende, a veces de una manera muy clara, a lo largo del colon ascendente. Pero esto sucede también en numerosos casos de

apendicitis crónica, de modo que muchas veces se podrán tener serias dudas de diagnóstico.

La peritonitis que se presenta con síndrome peritíflico se halla siempre entrecortada por crisis con la aparición de apendicitares que hacen fijar la atención en la fosa ilíaca derecha, donde existe dolor esponfáneo que permanece exagerado por el día y con un ritmo bastante regular que depende de las contracciones del intestino. El enfermo mismo percibe las distensiones de éste, que se le manifiestan de una manera muy penosa. A la palpación este intestino resulta siempre muy empastado y doloroso. En muchos enfermos son estos síntomas poco dolorosos, pero sorprenden por la tenacidad y firmeza. El colon está siempre duro y sensible a la presión. Otras veces, los síntomas se encuentran más adecuados. El acto rectal es doloroso y permite hallar a la derecha un techo perineal resistente, combinado con la palpación abdominal se encuentra en este lado una tumefacción dolorosa, de superficie desigual, de forma y de consistencia irregulares. Esta tumefacción va unida a los síntomas de enteritis bacilar, como son la diarrea abundante y sanguinolenta. Se trata en tales casos de un proceso que se inició en el intestino y pasó de éste al peritoneo.

La peritonitis con síndrome de peritíflico está algunas veces entrecortada por crisis pseudopendiculares que llaman la atención sobre la región apendicular, donde el dolor es permanente, pero se agudiza al ponerse el enfermo de pie y con el peristaltismo de la porción ilioceólica del intestino que el enfermo siente distenderse, causándole con ello dolor. A la palpación, ese colon es siempre doloroso. Unas veces son los síntomas poco manifestos, pero llaman la atención por su persistencia, y otras son más acusados y el tacto rectal, que es doloroso, permite reconocer un diafragma perineal contraído, y hacia la derecha una tumefacción irregular en cuanto a su forma y consistencia, y que resulta dolorosa a la palpación prolongada e inmóvil y que va acompañada de síntomas de enteritis bacilar, tales como diarrea frecuente, abundante y sanguinolenta. En estos casos se trata de un proceso en el que participan simultá-

neamente el intestino y el peritoneo y en el que las lesiones intestinales se han presentado las primeras.

Estos síndromes de apendicitis y de peritíflico tuberculosos son muy difíciles de diagnosticar bien, especialmente en lo que se refiere a la naturaleza del proceso. Además, no se puede precisar si lo que se encuentra enfermo es el peritoneo, o si lo están también los órganos subyacentes; hay que tener presentes todos los síndromes dolorosos de la fosa ilíaca derecha y la posibilidad de una etiología no tuberculosa. Además que suele ser muy difícil aislar algunas peritíflicas bacilares y algunas tuberculosis ileocecales con formación de plastrón de la apendicitis crónica; la diferencia se podrá hacer por dos pruebas, que son: la del hielo, que en los casos de apendicitis reduce el tumor, en tanto que en los casos de tuberculosis este tumor no cambia, y la prueba radiológica que consiste en lo siguiente: Se determinan los límites del tumor por medio de la palpación y se señalan en la superficie de la piel estos límites por medio de un alambre bien maleable que se va pegando a ella, siguiendo en lo posible todos los contornos del tumor. Cuando el ciego está ya lleno de la papilla opaca, se examina a los rayos X, y si se ve que la sombra metálica queda por fuera de la sombra de la papilla es que se trata de una apendicitis; pero si las dos sombras se superponen, podría también tratarse de una apendicitis crónica, mas lo probable es que se trate de un tuberculoma cecoapendicular.

Estas peritonitis limitadas de forma intestinal no siempre se encuentran en la fosa ilíaca derecha, sino que se las puede hallar distribuidas por todo el abdomen, y especialmente a lo largo del intestino grueso en todas sus porciones. Por eso se han descrito formas cólicas de peritonitis bacilar adherente.

Algunas de estas formas suelen terminar bruscamente, por ejemplo, por una pancreatitis aguda, pero más a menudo presentan una forma crónica y constituyen los enteríticos falsos con antecedentes de síntomas corrientes de trastornos del aparato digestivo más síntomas de impregnación bacilar. Cuando se explora a estos enfermos, los síntomas son tan

CATARROS FOSFOTIOCOL :: TOSES ::

SOLUCION ARSENIO FOSFORADA CON TIOCOL

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

ALMORRANAS



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

OBESIDAD

Se combate y sin peligro para el organismo con la

DELGADOSE PESQUI

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

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

ANTIASMA

Efraz, Agredable é Inofensivo.

BENGALAI

ASMA, ENFISEMA, CATARRO, CORIZA

POLVO FUMIGATORIO MENTOLADO

De Venta en todas las Farmacias. — MUESTRAS: RIERA S. C. BARCELONA, Ap. 229.

A. FAGARD, Farmacéutico Preparador, 44, Rue d'Aguesseau, BOULOGNE-PARIS

ANTIASMATICO PODEROSO

REMEDIO EFICAZ CONTRA LOS CATARROS BRONQUIALES

Jarabe-Medina de Quebracho.

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

ANALISIS

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

Acción derivativa, descongestiva y antiflogística se obtiene en todos los casos con el

Vejigatorio líquido del Dr. Masó Arumi

INDICACIONES: Plenresias. — Neumonia. — Neuritis. — Clática, etc.
Muestras y literatura: Farmacia del DR. NADAL. — Rambla de Canalotas, 1. — BARCELONA

SANATORIO PEÑA-CASTILLO

SANTANDER

Destinado a enfermos del aparato digestivo, nutrición y sistema nervioso. Clima delicioso, once hectáreas de parque, completa instalación de mecanoterapia, electricidad, calor y terapéutica física. Hotel de dietética. Dos hoteles para psiconeurosis. Pabellón especial de radioterapia profunda. Sección de toxicómanos.

Director: EXCMO. SR. D. M. MORALES
HOZNAYO. — La mejor agua de mesa.

Ayuntamiento de Madrid

DULCIMIDA

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

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

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

Sabor agradable, tolerada perfectamente; inocua por completo.

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

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

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

Recuerde siempre

DULCIMIDA

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

PROGYNON

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

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

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

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



ENVASES ORIGINALES:
Fracos de 15 y 30 grageas
de 150 U. R. Cajas de 6
amp. de 100 U. R. en 1 c.c.

SECCION PROFESIONAL

PROGRAMA PROFESIONAL

La función sanitaria es función del Estado y su organismo debe depender de él hasta en su representación municipal.—Garantía inmediata del pago en 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: Matemática, por *R. Lobo Regidor*.—Letras de polka, por *El Licenciado T. B. O.*—Al final... desilusión, por *Juan José Díaz*.—Academias, Sociedades y Conferencias.—Segundo Congreso Nacional de Patología Digestiva.—Asociación Huérfanos de Médicos.—Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid.—Concursos y oposiciones oficiales.—Sección oficial.—Gaceta de la salud pública: Estado sanitario de Madrid.—Crónicas.—Por las Clínicas de Europa.—Tertulia médica.—Anuncios.

Boletín de la semana.

Cartas de todos los palos.

OROS

«15 de Mayo de 1932.

Sr. Director de EL SIGLO MEDICO.
Madrid.

Muy señor mío y distinguido amigo: Me sería muy grato que por medio de su acreditado periódico supiesen sus lectores que el día 12 del mes actual los dos titulares médicos de este pueblo, únicos aquí en ejercicio legal de su profesión, en conferencia tenida, amistosa y cordial, con el que suscribe en el despacho de la dirección médica de este Balneario, manifestaron: 1.º Que consideran arbitraria e injusta la disposición aparecida en la *Gaceta* del día 5 de Abril referente a Establecimientos de aguas mineromedicinales. 2.º Que consecuentemente y como acto de compañerismo se comprometían a no formular en absoluto ninguna prescripción hidrológica ni para éste ni otros balnearios.

Manifestaciones que son tanto más de agradecer cuanto que ambos profesionales, D. Eutoquiano Velasco y D. Antonio Garrido, por ejercer aquí varios años y haber substituído a algunos directores de este Balneario con motivo de ausencia y enfermedades, conocen las características de estas aguas, condiciones del Establecimiento y están iniciados, por lo menos, en asuntos hidrológicos.

Si usted es tan benévolo que ordena se inserte en EL SIGLO MEDICO este proceder digno se lo agradecerá el viejo suscriptor s. s., q. s. m. e., *Emilio Martínez*, médico director del Balneario de Fuencaliente (Ciudad Real)»

¡Oros son éstos! Oros de lealtad, de compañerismo, de ejemplaridad en estos tiempos tristes de cucanderías y armas al hombro.

COPAS

«2 de Mayo de 1932.

Dr. Carlos Cortezo.

Mi querido y respetado amigo: He visto en el último número de EL SIGLO MEDICO que me alude usted, y creo un deber contestar con absoluta diaphanidad para evitar interpretaciones dudosas, y por ello he hecho este par de cuartillas, que le suplico publique en ese simpático periódico.

El que yo no vaya a verle no es por ingratitud, sino porque ya he reducido mis horas de dormir a cuatro y ni vivo, ni como, ni duermo. Sólo tengo tiempo para mis deberes estrictamente profesionales.

Un abrazo de su mejor amigo, *César Juarros*.

Esta carta acompañó al artículo que publicamos el número anterior, bajo el título de OBLIGACIÓN, en el cual artículo afirmaba el Sr. Juarros: 1.º Su absoluta independencia para discutir y votar en Cortes los temas sanitarios. 2.º Ser un médico *accidentalmente* político. 3.º No haber aceptado ni aceptar cargo *retribuido* que pueda estimarse derivado de su actuación política. No deber a la política aumento alguno de sus ingresos y poder garantizar que no vivirá nunca de la política.

Nosotros que vimos y oímos a los aplaudidos Sres. Juarros y Covisa la tarde que en el salón del Senado fueron honrados con lo que se llamaba por los romanos *triunfo*, organizado por los titulares de toda España, nos limitemos a preguntar después del declarado fracaso de las conclusiones de aquella Asamblea: «¿Qué dicen a esto los aplaudidos Juarros y Covisa?». El Sr. Juarros nos contesta con una carta que parece de copas, pues con la simple lectura de ella y del artículo habrán sacado en limpio los titulares aquello de: No tengo el sombrero, pero mi amigo Juan es de Valladolid.

De las afirmaciones del articulito del Sr. Juarros no queremos discutirle nada, y nos limitamos a desearle sea eterna tan *feliz* manera de enjuiciar sus cosas. Sí le diremos que nos ha hecho sonreír cordialmente su inocencia.

Aquí haríamos punto si no fuera porque nos han remitido otra carta del Sr. Juarros, publicada en una revista profesional, en la que Juarros dice, con motivo de un asunto lamentable que ha sido insidiosamente explotado: «Sentándose junto a Zarathustra, los panoramas parecen distintos que colocándose entre los vasallos de Dionisios» (?).

Decididamente las cartas de Juarros son de copas, pues no hay duda de las lamentables confusiones que está padeciendo.

¿Junto a Zarathustra? ¿No será junto a Ortega y Gasset, especie de Melquiades Alvarez de la Filosofía?

¡Vamos, anda!

ESPADAS

Nuestro buen amigo el ilustre Dr. D. Santiago Carro mete su cuarto a espadas, llevándose una ad

mirable baza y cantando las cuarenta. ¡Oído al parche!

«El suceso de la destitución del ilustre Dr. Nogueras del cargo de director del hospital y sanatorio de San José y Santa Adela, plantea una vez más el caso de manifiesta incompatibilidad entre el Sr. Pascua, actual director general de Sanidad, y la clase médica española,

El Sr. Pascua, pensionado de la Rockefeller, especializado en el manejo de fichas sanitarias y en la confección de estadísticas, apoyado por buenos valedores políticos, obtiene, sin oposición, el cargo de jefe de Estadística Sanitaria en el Ministerio de la Gobernación. Se crea el cargo para él y se le adjudica sin más trámites, y el Sr. Pascua lo acepta así sin escrúpulos, de la odiosa dictadura, a la que hoy exerce con tanta gallardía.

Una vez más se ha dado con el Sr. Pascua el caso de la generosidad de un régimen que entregaba a sus enemigos cargos y prebendas sin tasa y creaba y alentaba instituciones que habían de volverse contra él, cuando la desertión de los más obligados a defenderle había de hacer posible el ataque con las seguridades del triunfo.

¿Y qué ha hecho el Dr. Pascua en cuanto se vió encumbrado, saltando, desde la jefatura de un Negociado, tan burocrático como el que desempeñaba, al cargo supremo de la Sanidad española? Iniciar una persecución rencorosa contra los que desempeñaban altos cargos benéficos o sanitarios y no comulgaban en sus ideas políticas, siquiera se tratase de altos prestigios y hubiesen realizado una gestión honrada y escrupulosa y una labor científica, brillante y meritoria.

Así, destituyó al eminente catedrático de Pediatría de la Universidad Central del cargo de director del Instituto Nacional de Puericultura, admirable organismo creado y organizado por el Dr. Suñer, y al que había prestado el general Martínez Anido todo el entusiasmo con que apoyaba cuanto significase mejoramiento de la Sanidad pública. Destituyó también al ilustre Dr. Codina, que durante muchos años prestó beneméritos servicios en la lucha antituberculosa, y a numerosos médicos de esta organización, muchos de los cuales la sirvieron abnegadamente sin retribución alguna. Y el «Inri» fué salvar, de las destituciones hechas en algunos centros sanitarios, a los amigos políticos, para que la vejación de los destituidos fuese más notoria.

En ese camino, que encontró fácil el Sr. Pascua por la falta de cohesión de la clase médica española, llegó a la destitución del Dr. Goyanes, al que se debe la organización de la lucha anticancerosa en España. Sin expediente ni trámite alguno, sin la menor consideración personal ni de compañerismo, le dió el cese de su cargo de director del Instituto Nacional de Oncología.

Y ahora, en apoyo del Dr. Sadí de Buen, que realizó un acto reprochable y reprobado por todos los médicos no contagiados de un sectarismo fanático, también destituye al Dr. Nogueras de sus cargos en la Cruz Roja, en premio a tantos años de relevantes y meritorios servicios.

Pero no contento con este trato injusto y despectivo a la clase médica, que ha merecido acerbos censuras y votos de protesta de colectividades profesionales y de Colegios, genuina representación de la clase, añade, con su persistencia en la conducta, nuevos motivos que justifican la airada protesta de quienes, por no tener cargos ni prebendas que defender, podemos manifestarnos libremente, sin otros móviles que los de defender la dignidad de compañeros injustamente tratados y el prestigio colectivo.

Justificando su decisión con respecto al Dr. Nogueras, el Sr. Pascua publica, en un diario de la noche, una carta afirmando que mientras él sea director de Sanidad no tolerará que haya crucifijos ni emblemas religiosos en las habitaciones de los enfermos, ni consentirá que se utilice el Sanatorio para propagandas y manifestaciones políticas.

No creemos que la autoridad del Sr. Pascua llegue a poder prohibir que un enfermo creyente tenga un crucifijo o un símbolo de su religión en una «habitación que él paga y que es una prolongación de su casa». Más acertado nos parece que no se consienta que la política tenga intromisión en un organismo como el de la Cruz Roja; pero, para que sus palabras concuerden con sus actos, debe empezar por destituir o dar el cese al delegado de la Casa del Pueblo en la Junta de dicho organismo, pues no se nos alcanza por qué ni a título de qué ha de inmiscuir a la Casa del Pueblo ni al partido socialista (al que el Dr. Pascua pertenece y debe su enenramiento circunstancial) en la dirección y administración del hospital y sanatorio de San José y Santa Adela.

Mucho más podríamos escribir para poner de relieve la conducta del Dr. Pascua al frente de la dirección de Sanidad y el sectarismo con que procede, así como el hondo disgusto que reina entre la sufrida clase de médicos titulares por no haber encontrado en él apoyo para sus legítimas reivindicaciones, dándose el caso insólito de haber votado contra ellas cuando algunos diputados médicos las llevaron al Congreso. Pero creemos que su actuación ha trascendido ya de la esfera sanitaria y es harto conocida para justificar que, quien tanto daño viene haciendo en la clase médica española y a la misma República, se «haga cargo» de su desairada situación y adopte, aun en contra de lo que es norma de su partido, un gesto comprensivo, dejando el cargo para quien pueda desempeñarlo con mayor acierto y sin olvidar las consideraciones que merecen los que ostentan su mismo título profesional, cualesquiera que sean sus ideas políticas o sus convicciones religiosas, que no deben mezclarse con la competencia científica y la rectitud y ética profesional, únicas a exigir a los que ocupen puestos directivos sanitarios o benéficos y únicas que se han exigido siempre, como lo demuestran los numerosos cargos que en el régimen ausente disfrutaron muchos correligionarios del Dr. Pascua y muchos que, después de haber sido paladines de aquél, se alistaron sin escrúpulos en el servicio de los que pueden seguir dando puestos y mercedes.— *Santiago Carro*.

* *

BASTOS

La partida se ha trasladado desde el casino limpio y culto a la tasca mugre y humosa que en el sainete recrea y en el drama espeluzna:

«Señor director de *El Liberal*, Marqués de Cubas, 7.

Muy señor mío:

Le ruego muy encarecidamente la publicación de la siguiente carta, natural, aunque muy limitada réplica, por ahora, a los ataques que de manera indigna me hace objeto un señor Nogueras, médico, en el número de *A B C* de ayer día 15.

Sin perjuicio de la carta que con carácter personal he dirigido ayer a ese médico y de lo que públicamente diré si se me autoriza por el Comité Central, me interesa hacer las siguientes manifestaciones:

Primero. Ejercicio el cargo de contador general de la Cruz



LABORATOIRE NATIVELLE

27, RUE DE LA PROCESSION — PARIS (XV^e)

OUABAÏNE ARNAUD

**CARDIOTÓNICO
ENÉRGICO**

**ACCIÓN
CONSTANTE
Y SEGURA**

Unico producto cuyas constantes físico-químicas, ensayos fisiológicos y toxicidades han sido publicadas, dando así al Cuerpo Medical toda garantía de acción y seguridad.

INDICACIONES

Insuficiencia del corazón izquierdo;
Insuficiencia ventricular derecha;
Aritmias y Taquicardias.

FORMAS

Comprimidos. A Un miligramo. *Solución.* A cuatro por mil.
Ampollas. Al 1/4 de miligramo *Ampollas.* Al 1/2 miligramo para
para inyecciones intravenosas. inyecciones intramusculares.

DOSIFICACIÓN RIGUROSA

**DIURÉTICO
PODEROSO**

**MENOS TÓXICO
QUE LAS
ESTROFANTINAS**

DRAEGER

ESENCIAS FLORALES SIN TERPENOS PARA PREPARAR AGUAS DE COLONIA A

30, 40 y 50 grados de alcohol.

| ESENCIA DE | A D M I T E | | | Precio por kilo. |
|------------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| | En alcohol de 30° | En alcohol de 40° | En alcohol de 50° | |
| Acacia. | 3 gramos. | 5 gramos. | Más de 20 gramos. | 150 pesetas. |
| Claveles. | 2 — | 5 — | — 20 — | 125 — |
| Lirio de los Valles. | 3 — | 5 — | — 20 — | 175 — |
| Mil Flores. | 3 — | 5 — | — 20 — | 150 — |
| Tres Flores. | 2 — | 5 — | — 20 — | 135 — |
| Rosa. | 3 — | 5 — | — 20 — | 150 — |
| Farina. | 2 — | 5 — | 10 — | 200 — |

Resultando el litro de Agua de Colonia entre una y tres pesetas.

PIDAN MUESTRAS:

Destilerías ADRIAN KLEIN, S. A.

BENICARLÓ

Ayuntamiento de Madrid

Tratamiento curativo del

ESTREÑIMIENTO HABITUAL CON PETROSINA

García Suárez

NO ES PURGANTE

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



CON SU EMPLEO PROLONGADO
SE CURA SIEMPRE EL ESTREÑIMIENTO

ANTICATARRAL
García Suárez

¡Gracias a él!

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

Gripe y Pulmonía

A black and white illustration of a man wearing a wide-brimmed hat and a striped shawl draped over his shoulders. He is looking towards the right, towards the text of the advertisement.

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

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

No contiene calmantes.

LABORATORIO J. GARCIA SUAREZ. - MADRID

— Calle Recoletos, 2, triplicado. — Teléfono 52 221. —
Ayuntamiento de Madrid

Roja Española y es natural que sea el más combatido, puesto que ya no se pueden hacer las cosas como tenían por costumbre realizarlas en el régimen pasado.

Segundo. Todavía no hemos podido obtener en el Comité Central una aclaración satisfactoria de la marcha administrativa del sanatorio de la Cruz Roja en el año 1931, pese a los diversos requerimientos que se han hecho al citado Nogueras.

Tercero. El Sr. Nogueras hacía mucho tiempo que había hecho dejación de sus deberes como director y jefe de servicios. De lo primero, porque no había más jefe supremo que la superiora, también expulsada, y cuya expulsión fué pedida por mí en más de una ocasión. ¡Que Dios o el Diablo la guarden o la mejoren sus intenciones! De lo segundo, porque hacía muchos meses que el médico Nogueras no asistía a la clínica con regularidad. Los historiales clínicos están archivados y a disposición de quien quiera comprobarlo. Le interesaba principalmente el sanatorio, parte más explotable para él en estos tiempos, una vez lograda su plataforma.

Cuarta. Demuestra una vez más su criterio estrecho y su pobreza de espíritu el médico Nogueras al hacer unas afirmaciones que, sobre ser en absoluto falsas, le colocan a él mismo en situación de verdadero ridículo al decirse mediatizado en sus funciones. Yo no he ido nunca a la portería del sanatorio. Todas las cuestiones que se han planteado lo han sido en las reuniones del Comité Central, y al juicio de los caballerosos miembros que lo componen me someto.

Quinto. En dos ocasiones tuve que intervenir, directamente primero y luego en el Comité, cerca del Nogueras y de la superiora—en buena hora expulsada—, pues ambos trataban de hacer una maniobra contra el personal que demostraba el espíritu de ese médico.

Sexto. La Asociación de Empleados de Sanatorios y Hospitales, en cumplimiento de un voto de gracias acordado en mi favor en Enero pasado, me honró hace un mes con una comida, al término de la cual me fué entregado un pergamino con innumerables firmas de personal facultativo y subalterno de la Cruz Roja, incluso la de varios médicos.

Séptimo. El caso por el cual se ha realizado en estos días «esa pequeña limpia» no tuvo Nogueras que averiguar quién lo había denunciado, puesto que en presencia de él mismo hice la denuncia en el pleno, y previamente al presidente, para que adoptase las medidas oportunas. Fué un espectáculo vergonzoso el de aquellas damas, con el beneplácito del que todavía se llamaba director. ¡No podía oponerse, puesto que a la influencia de ellas debe lo que era!

Octavo. El año pasado, en el acto de la apertura de curso y al acabar la ceremonia de la imposición de brazales a las enfermeras, me vi obligado a intervenir para cortar otra manifestación que se trataba de hacer, como consecuencias de unas imprudentes palabras de la ex marquesa de Valdeiglesias. Consecuencia de aquel incidente fué el castigo impuesto a una titulada dama enfermera, castigo sumamente benévolo si se tiene en cuenta que es una señorita que parece ser disfruta sueldo del Estado. Como se verá, no ha sido ahora la primera vez que se ha faltado al respeto al régimen republicano. La deslealtad ha sido norma de ese médico.

Noveno. El Sr. Nogueras falta a la verdad en todas sus manifestaciones.

Décimo. En el Comité Central se han planteado por mí todas las cuestiones, y jamás el Sr. Nogueras ha tenido la gallardía de ponerse a tono con las circunstancias. Ha dejado su carácter para cebarse con el personal modesto, que no podía hacer otra cosa que sufrir resignado el despotismo.

Y nada más, como no sea que el Comité Central me autorice la publicación de datos que demostrarán el régimen y procedimientos que se seguían por los elementos del antiguo régimen en la Cruz Roja Española, benemérita institución que merece el apoyo y el respeto de todos los ciudadanos por la inmensa labor humanitaria que realiza, pero que no se podía tolerar que fuese el «feudo» de una camarilla.

Gracias, señor director, y me ofrezco suyo atento y s. s., q. e. s. m., *Vicente de Orche.*»

¿Qué podemos comentar a esta última carta? ¡Poder..., deber! Poder decir, mucho; deber decir, nada, porque sería quitar iniciativas que no pueden dejar de producirse en ese Comité Central tan aludido. De lo que estos señores del Comité hagan frente a ese ¡órdago! extraordinario del señor (fíjese que decimos señor) Orche, depende lo que podamos decir como representantes de un sector considerable de la opinión médica española.

* * *

Y el Sr. Hinojar, ¿qué ha dispuesto en lo referente al delito profesional de D. Sadí de Buen? El tiempo pasa y nada sabemos que se haga para satisfacer la justa reclamación, no de los médicos, sino de la opinión pública, que tiene que decidir el grado de confianza que merezca la clase.

Esperemos que el Sr. Hinojar no dirá que le perseguimos personalmente si le animamos a que actúe ¡siquiera una vez! antes de irse de la Presidencia del Colegio de Madrid, no como un funcionario del Gobierno, sino como el elegido por la clase médica de Madrid para defender su dignidad y sus intereses morales y materiales.

¡Vamos, Sr. Hinojar, una vez siquiera!

DECIO CARLAN

IMPRESIONES

MATEMÁTICA

Como es evidente que la Veterinaria forma con puesto muy importante entre las *Instituciones sanitarias*, y tiene indiscutible parentesco con la Medicina, nos interesa vivamente lo que a dicha profesión se refiere.

Llega a mis manos, por casualidad, un folletito en cuya cubierta se lee: PROGRAMA DE MATEMÁTICAS PARA VETERINARIOS, y en él nos encontramos con treinta y cinco lecciones que han de ser estudiadas en el primer semestre de la carrera al mismo tiempo que *Química inorgánica*, *Geología*, *Botánica*, *Histología normal* y *Alemán*; una pequeñez. Puntualicemos copiando algunas lecciones del programa:

Lección 6.^a Series.—Progresiones por diferencia y por cociente.—Convergencia de series.—Criterios de D'Alambert y de Cauchy.—Series alternadas.

Lección 17.^a Cálculo de derivadas.—Derivadas de las funciones simples: Potencial, exponencial y logarítmica.—Derivadas de las funciones trigonométricas directas e inversas.—Derivadas de la suma de funciones.—Derivadas del producto y del cociente de dos funciones,

Lección 27.^a Integración.—Integral indefinida.—Propiedades.— Integrales inmediatas.—Métodos de integración.— Integrales dobles y triples.

Lección 35.^a Vectores.—Proyección ortogonal de un segmento en una línea poligonal sobre un eje.—Vector, suma de vectores.—Producto escalar.—Producto vectorial.—Ángulo de dos vectores.—Perpendicularidad y paralelismo.—Momento polar.—Momento axial.

Vino a esta Muy Ilustre Villa un albañil andaluz, consecuente aficionado al zumo de uvas, y quiso la suerte que el primer día de trabajo estuvo su cuadrilla tejando en una casa de seis pisos. Un paso desgraciado y sin poderse valer vino desde el alero a la calle, aunque con la fortuna de tropezar allá en una sogá, aquí en un listón, y sin grave daño, amén de la conmoción y el susto, dió en el santo suelo con terror y espanto de los transeúntes, que le dieron por muerto. Se formó el consabido corro entre compasivo y fisgón, y al ver que el presunto cadáver se rebullía y abría los ojos, procurando incorporarse, hubo algún alma caritativa que pidió un vaso de agua para el lesionado. Aquella demanda inusitada espabiló del todo a nuestro albañil, que sentándose rápidamente dijo, sin poderse contener: *Oigasté, compare: ¿de dónde hace falta caerse en Madri pa que le den a uno vino?*

Si a un futuro veterinario se le exige lo que dejo copiado y *aínda mais*, ¿qué van a pedirles a los que aspiren al título de doctor en Ciencias físicomatemáticas?

R. LOBO REGIDOR

LETRAS DE POLKA

*¡No era nada lo de Cuenca...
... y se le fué de las manos.*

Lo que a Sánchez y Covisa
le pasa en Cuenca, ¡ay de mí,
si no me mata de risa
me va a dejar *pirulí*.

¿Hase visto cosa igual?

Un año de diputado
y está ya más derrotado
que en Madrid el Carnaval.

A mí me causa aprensión
ver lo que en Cuenca sucede,
pues por los síntomas puede
resultar una erupción.

El que la cosa así fuera
no es pronosticar de prisa,
porque ¿no es verdad, Covisa,
que *estamos* en Primavera?

Y cerca ya del Verano
no es asombro, y bien se explica,
que a esta urticaria *que pica*
suceda un terrible grano.

Todo buen especialista,
(y Covisa es de los tales)
no debe perder de vista
que son a veces mortales
estos, de marcha imprevista
díviesos municipales.

EL LICENCIADO T. B. O.

AL FINAL... DESILUSION

II

Propugnaba yo en mi pasado artículo por una solidaria compenetración de la clase médica para luchar ventajosamente con una organización estrecha contra el derrumbamiento de las aspiraciones examinadas y aprobadas en la última Asamblea nacional de médicos titulares.

Exigía yo llegar a la realización de algunos postulados del Cuerpo de titulares merced al afianzamiento de nuestras masas uniéndose indisolublemente; y para ello analizaba el medio de realizar esta unión venciendo la negligente actitud de gran número de médicos que si están en espíritu con las aspiraciones de la clase, piensan en que el esfuerzo material sólo es dable ser realizado por unos cuantos, esperando indolentemente en postura cómoda, que los demás consigan los postulados batallones para servirlos poco menos que en bandeja a los que en la negligente actitud de espera no dan a la clase el rendimiento que ella necesita y que debe exigirles. Quiero significar con estas frases que el único modo de conseguir sobreponerse a la desesperada tristeza del fracaso apuntado por la nota circular del Comité ejecutivo, es lograr con nuestro esfuerzo, con nuestro empuje global lo que mendigando a las puertas del Poder no hemos conseguido hasta hoy.

Y para empezar la consecución del bloque médico que como un solo hombre responda a las sugerencias del momento, a los influjos de la Directiva de la Asociación o a las Juntas de gobierno de los Colegios Médicos, proponía yo la aprobación de un sistema de multas y gravámenes que podrían ser apoyo sólido para estimular la abulia de los fríos y laxos de voluntad; constantemente los que tenemos puestos en las Directivas de la Asociación, los que tenemos contacto íntimo con los pequeños problemas del medio rural, a resolver por los citados organismos oficiales, nos encontramos con la enemiga de esa falta de cohesión, que si no llega a ser prueba de rotura del compañerismo, a lo menos es deshinchadora del cordón que debe relacionar a la clase. Porque soy de los convencidos en la idea de una posible resolución de algunas de nuestras dificultades, por el apoyo mutuo, analizaré esta cuestión detenidamente.

A veces los que intervenimos directamente en la resolución de alguna llamada angustiosa de los compañeros, ante el atropello del cacique o la falta deontológica del compañero esquiro, seríamos fuertes, invencibles, si tuviéramos esa facultad de multar, de imponer medidas coercitivas serias a los que se colocan—olvidando su deber moral—al margen de la Ley.

Debe, pues, tenderse por Asociación y Colegios a imponer correctivos a los que delinquieren: este correctivo debe ser esencialmente pecuniario, económico, pero al mismo tiempo acompañado de otras sanciones morales que sirvan de pedestal a la labor a realizar de saneamiento moral de la clase.

Yo consideraría un límite máximo de multas de 2 000 pesetas y entre este tope diversas cantidades oscilantes para castigar los distintos fraudes y las faltas de la más variada naturaleza.

Pero como no basta imponer la multa sino que es preciso aconsejar el medio más práctico del cobro de ella, voy a apantar una consideración que se me ha ocurrido para llegar a este fin: me refiero a la consideración del derecho por parte de la Asociación de los Colegios, de incautarse de las dotaciones de los médicos hasta completar la sanción señalada, o a lo menos la facultad de tomar parte legal la entidad

multante, para judicialmente proceder contra los morosos. Y junto a esta sanción material podemos colocar todas aquellas de negativa a la Colegiación, de abandono por parte de los compañeros en toda asistencia médica o espiritual, de toda consideración social para los médicos reincidentes y desaprensivos—consideración social entre los médicos—, y tendremos una poderosa arma para imponernos a todas las lacras que manchan la vida del Cuerpo de médicos titulares.

Y conseguida la solidaridad que preconizamos, asegurando el cemento de unión de la masa médica, veamos qué podemos hacer para imponernos al abandono e incuria de los Poderes que tan pocas mientes hacen de la Sanidad rural.

Está demostrado hasta la saciedad, pese a los augurios de rosa de los optimistas y de las manifestaciones de algunos grupos políticos, que es imposible la obtención de nuevas reivindicaciones con solo dar aldabonazos a las herradas puertas de los Ministerios. Y pues, si haciendo de llorosos Boabdiles no conseguimos la obtención de nuestros anhelos, apelemos—hemos de apelar, si no queremos derribarnos totalmente—a procedimientos más radicales, a veces violentos, con los que exigir sin poner cátedra de plañideras que se nos otorgue la consideración social y liberal que nuestra misión se merece.

Ello será objeto de un final artículo relacionado con el tema que encabeza nuestras columnas.

JUAN JOSÉ DÍAZ

Academias, Sociedades y Conferencias

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA

Sesión del 14 de Mayo de 1932.

CASUÍSTICA QUIRÚRGICA

Dr. Enrique Slocker de la Rosa: En nuestra práctica quirúrgica hemos operado varias docenas de enfermos de vesícula biliar, encontrando casos comunes con perivisceritis, etc., así como disposiciones anatómicas interesantes desde el punto de vista fisiológico y anatomopatológico. Hemos publicado varios casos de hidropesía de la vesícula biliar, y como más importante disposición anatómica de colecisto queremos llamar la atención sobre los casos de vesícula biliar empotrada en parénquima hepático. E considero y tener en cuenta esta disposición de la vesícula biliar lleva anejo el proceder quirúrgico en estos casos clínicos.

LA MEDICINA MILITAR EN LA EVOLUCIÓN DE LAS CIENCIAS MÉDICAS

Dr. Agustín Van-Baumberghen Bardají: Lee un trabajo en el que, considerando la Medicina militar a través de los tiempos, fija los puntos que han influido en la evolución de las ciencias médicas. Toma motivo en esta comunicación para dar cuenta de que el año próximo se celebrará en Madrid el Congreso Internacional de Medicina y Farmacia Militar, esperando que los médicos civiles colaboren con sus trabajos en las diferentes secciones.

En la discusión de esta comunicación intervienen: el Dr. Slocker, exponiendo la necesidad de que la Medicina militar española fije de la manera posible su influencia en la evolución de las ciencias médicas; el Dr. Martín Salazar, para manifestarse con todo cariño hacia la Medicina militar, a la que corresponde todo lo que ha sido, y el doctor Palanca hace referencia a la organización de la Medicina militar y la necesidad de que ésta se manifieste con todo

el esplendor debido en el próximo Congreso Internacional de Medicina Militar.—*M. Aceña.*

* *

ACADEMIA MÉDICO QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión extraordinaria del 12 de Abril de 1932.

DISCUSIÓN DEL TEMA «HORMONES GENITALES»

Dr. Manuel Izquierdo Hernández: No podemos negar el valor clínico de la fórmula hormonal para el tratamiento de los trastornos genitales. Hemos de encarecer la influencia del tiroides como de la hipófisis en cuanto a su lóbulo anterior sobre las funciones genitales. Otra cuestión es que las enfermas con alteraciones ováricas vean mejorar sus trastornos con preparaciones tiroideas. En estas enfermas tiene grandísima importancia, desde el punto de vista terapéutico, la valoración de las hormonas de lóbulo anterior de hipófisis, como también foliculina. Son los datos que debe conocer el clínico para instaurar un tratamiento de sus trastornos genitales.

Dr. Pedro Campuzano Cacho: Ante este tema es de interés el estudio de las glándulas genitales, en sus relaciones con las restantes glándulas endocrinas, en especial con el lóbulo anterior de hipófisis. Este se admite que segrega el prolano que actúa por intermedio del ovario. Ante el ovario se admite que segrega la foliculina y la luteína. Finalmente, no olvidemos el valor de la glándula intersticial en cuanto a determinación sobre la pubertad.

Dr. Parache: Nos interesa tratar el tema de hormones genitales desde el punto de vista diagnóstico. Teniendo en cuenta que no todo médico tiene lo necesario para realizar el diagnóstico biológico del embarazo mediante la reacción de Franck, recordamos la sencillez de la reacción de Friedman, si bien ésta puede darnos algunos errores, evitables fácilmente con la precisión técnica. Reacción que tiene su mayor importancia al hacer diagnóstico diferencial entre mola y embarazo.

Los trabajos de Hartmann han puesto de manifiesto el gran valor terapéutico experimental de los hormones prehipofisarios, si bien existen trabajos experimentales que atribuyen a esta medicación una influencia hipertrofiante sobre corazón izquierdo que de comprobarse en clínica humana limitaría sus indicaciones, cuyo valor es decisivo en algunos trastornos genitales.

Dr. José María de Villaverde y Larrar: Al abordar esta cuestión nos interesa marcar los estudios de Monckoff que han puesto de manifiesto el valor de los conocimientos embriológicos, en especial de los órganos sexuales por su posible relación con el sistema nervioso.

Sin descender la importancia y deducciones de los trabajos biológicos y clínicos sobre hormones genitales, llamamos la atención sobre trastornos nerviosos de tipo maniaco, verdaderas psicosis, que se presentan en mujeres años después de instaurarse una menopausia quirúrgica. Son neurotonías vistas en estas enfermas y en las que, si en un principio de la menopausia quirúrgica fueron de cierto valor terapéutico los preparados ováricos, fracasan cuando aparece la citada psicosis.

Dr. Braulio Pérez de Velasco: Queremos llamar la atención sobre tres procesos en sus relaciones con la función ovárica. Nos referimos a la metropatía hemorrágica, a las mastopatías y a la endometriosis. Son procesos parametrales, hoy por hoy relacionados con trastornos dishormonales del ovario. Experimentalmente la inyección del lóbulo anterior de hipófisis en ratas jóvenes produce lesiones anatomopatológicas de útero semejantes a las de la metro-

patía hemorrágica; este mismo producto inyectado en ratas castradas provoca lesiones mamarias, semejantes a las mastopatías de la mujer.

La cuestión de hormones genitales hemos de relacionarla también con los estudios de vitaminas; parece que hormonas y vitaminas son de acción análoga.

Dr. Francisco Martínez Nevot: Lee un trabajo en el que hace resaltar la importancia de los estudios sobre hormones genitales en sus relaciones con la patogenia de procesos cancerosos, en especial lo referente a secreción interna de próstata y cáncer de próstata.

Dr. Sicilia Traspaderne: En las relaciones de las secreciones internas y dermatopatías, recordemos que en la menopausia se presentan el rinoftima, el acné monofórmico, el cuperoso, el miliar y los diferentes eczemas seborreicos liquenoides. Son frecuentes algunas dermatopatías en los disovarios y para en ellos establecer una terapéutica beneficiosa, precisa conocer las variaciones hormonales en sangre y orina.

Igualmente llamamos la atención sobre la importancia de las vitaminas en dermatopatías relacionadas con trastornos endocrinos genitales. Mayor importancia en relación con estas cuestiones tiene herpes y pénfigo de la embrazada.

Dr. Carlos Maortua Lombera: Lee unas cuartillas en las que hace constar su opinión sobre el tema «Hormones genitales»; fija especial atención en la necesidad de la fórmula hormonal de mujer con trastornos genitales para su tratamiento oportuno. Muchos de los síntomas que presentan las mujeres con trastornos genitales endocrinos, modificándose muy ligeramente con las medicaciones opoterápicas existentes actualmente en el comercio, mejoran más intensamente con el tratamiento farmacológico, en especial dirigido a regular el sistema nervioso vegetativo.

Dr. Francisco Haro García: En las ponencias se ha tratado de la cuestión de hormones genitales, dando desigual importancia en cuanto a su mejor investigación en orina o su más oportuna investigación en sangre para dictaminar sobre los trastornos endocrinos genitales. Por nuestra parte, creemos que a igual que damos importancia complementaria entre sí a las investigaciones realizadas en orina y en sangre al estudiar el metabolismo del diabético, igualmente en las mujeres sometidas a estudio del funcionalismo genital endocrino, también deben ser complemento y necesarias las investigaciones costáneas de orina y de sangre. Es la única manera de poder relacionar su importancia y acaso llegar a conclusiones de utilidad clínica de la fórmula hormonal.

Por los conocimientos actuales parece indudable la relación entre ovario, mamas e hipófisis como órganos genitales, si bien esta última glándula actuando por intermedio del ovario.

En la práctica el empleo de los preparados ováricos, tanto antiguos como actuales, sea por las razones que sea, unas veces se obtienen éxitos en el tratamiento de los trastornos genitales endocrinos y otras veces fracasos.

Dr. José Torre Blanco: Refiriéndonos al campo clínico del tema a discusión, sin dejar por ello las cuestiones de laboratorio, consideramos que el estudio del déficit hormonal nos demuestra y permite seguramente en bastantes casos que con tal tratamiento de foliculina o de luteína conseguiremos modificar el trastorno genital endocrino.

En el estudio de la fórmula hormonal genital merecen todas nuestras preferencias las pruebas de Franck frente a su investigación de orina.

Dr. González Jáuregui: Por limitar nuestras actuaciones

a los estudios farmacológicos, consideramos que antes de dictaminar sobre el fracaso de un tratamiento realizado con las medicaciones opoterápicas, se proceda a su valoración tanto cualitativa como cuantitativa. Para estos estudios nos precisa ante todo el «standard», única manera de fijar conclusiones clínicas y conclusiones comparables en el campo clínico y en el experimental.—*M. Aceña.*

Sesión del 16 de Mayo de 1932.

CASO CLÍNICO

Dr. Antonio Piga Pascual: Caso clínico referente a un hombre de treinta y siete años de edad; antecedente de un tumor blanco en rodilla izquierda que motivó una amputación de la pierna del mismo lado. A los cuatro meses de la intervención presenta «parálisis de las muletas» con reacción de degeneración completa de la extremidad superior derecha, que llevó a un médico a proponer una intervención quirúrgica por suponer compresión medular.

En nuestra exploración hallamos ciertas particularidades del ramo tenariano del brazo derecho y ausencia de atrofia muscular, que nos hizo fijar buen pronóstico de la parálisis radial existente, especialmente por ser el nervio radial el de la economía que más fácilmente pierde las condiciones de excitabilidad farádica.

En este caso el tratamiento físico ha conseguido la curación. Ahora bien, no hemos empleado la faradización; utilizamos la galvanización junto con ionoterapia con ión yodo.

Este caso nos enseña en otros semejante que cuando no hay atrofia muscular no debe fijarse mal pronóstico aun cuando haya reacción de degeneración completa.

UN CASO DE FRENICECTOMÍA EN UN NIÑO DE VEINTITRÉS MESES

Dr. Antonio Castillo de Lucas: Comunicación interesante por recaer la operación en un niño de veintitrés meses, con absceso pulmonar en el lado derecho abierto en bronquios y que vaciaba de un modo muy deficiente; por ello el niño presentaba un síndrome tóxico tan acentuado que casi estaba en estado consuntivo.

Le fué practicada la frenicectomía derecha con anestesia general; rápidamente se verificó la curación del caso al elevarse el diafragma y comprimirse el pulmón; se vació el absceso por completo y cicatrizó.

Fueron proyectadas radiografías de antes y después de la intervención demostrando elocuentemente la evolución del proceso.

Es uno de los casos más precoces de frenicectomía que se han descrito.

Dr. Arturo Perera Prast: Fundados en nuestra estadística de 1.009 frenicectomías, diremos que aun bien conocida en todos los casos se ofrecen dificultades técnicas, y mucho más cuando se realiza en niños de corta edad.

En esta intervención consideramos que el cirujano no actuará pasivamente, cumpliendo las indicaciones operatorias del internista; colaborará con éste en el diagnóstico.

Ante el caso presentado, especialmente por los rápidos resultados operatorios conseguidos, pensamos en la posibilidad de que no se trate de un absceso pulmonar; es más admisible el diagnóstico de pleuritis cistural consecutiva a neumonía. Con esta probabilidad diagnóstica se aumentan las indicaciones de la frenicectomía.

Dr. Manuel Bermejillo Martínez: Refiriéndonos a la cuestión diagnóstica, por los datos radiológicos y algunos hechos clínicos aportados, es posible no se trate de un abs-

ceso pulmonar. Por la rápida mejoría del enfermo después de la intervención, en unos dos meses, es de pensar se ha tratado de una interlobitis.

Este caso fija una indicación más de la frenicectomía en procesos interpleurales.

Dr. Antonio Piga Pascual: Ante casos como el presentado sería de desear siempre la aportación de negativos y



Dres. Castillo de Lucas, Perera y Varela de Seijas.

no de diapositivas; sería la manera de fijar el verdadero diagnóstico.

El diagnóstico diferencial entre absceso pulmonar y pleuritis está resuelto en el caso presentado. Se trata de una cisuritis fácilmente de comprobar mediante dos radiografías: lateral y frontal.

La rápida modificación postoperatoria del caso no es base suficiente para afirmar o negar un diagnóstico. No olvidemos que la radiografía no es la representación de las restituciones anatómicas.

NUEVA PRUEBA DE LOS COMPUESTOS BARBITÚRICOS EN LA CATATONIA

Dr. Eduardo Varela de Seijas: Después de un ligero resumen sobre las pruebas farmacológicas utilizadas en neurología y psiquiatría se ocupa especialmente de la prueba de Claude y Baruk. Esta consiste en la aparición de síntomas piramidales y de descerebración en los enfermos catatónicos después de administrarles de 7 a 10 c. c. de somnifeno.

Pasa después a exponer los resultados de sus experiencias durante tres años en su material de enfermos internados en Ciempozuelos, dejando para otra comunicación el complemento de sus estudios efectuados en personas sanas y gatos.

De este trabajo efectuado en 86 enfermos, con 122 pruebas, deduce que el 100 por 100 de los enfermos catatónicos duermen a la media hora de ponerles una dosis determinada de dial o de somnifeno; solamente duermen con la misma dosis y en igual tiempo 77,77 por 100 de catatónicos procesales y el 10,36 por 100 de los catatónicos demenciales.

También han podido observar la aparición de síntomas

cerebelosos en los enfermos no dormidos y considera como cortejo del síndrome sueño que se presenta en estos casos disociados de él.

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS GRAVES Y PERFORADAS DE LA Córnea MEDIANTE INJERTOS DE CONJUNTIVA

Dr. Tomás Barraquer y Cerero: Lee un trabajo sobre este asunto y por los excelentes resultados conseguidos piensa que puede extenderse al tratamiento de los leucomas. *M. Aceña.*

SOCIEDAD ODONTOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión del 6 de Mayo de 1932.

El profesor Landete presenta un caso en el que una enferma a la que se le había extraído el segundo molar, dejando una cicatriz que constantemente supuraba, tras varias radiografías se demostró que el retardo en la cicatrización era debido a una pericoronitis del cordal.

Presenta otro caso de erupción defectuosa de los dos cordales, en el que ha empleado el descapuchonamiento con electrocoagulación; y encomia la ventaja de este tratamiento.

El Dr. Andrés Pesquera diserta sobre substitutos del oro en prótesis dental. Señala las substituciones que hace del oro y platino por otros metales de económico coste. Presentó varios trabajos ejecutados en metal Randolff, mostrando con ácidos que no son atacados por el sulfúrico y clorhídrico, y que su manipulación, colado y estampado se verifican igual que con el oro.

El Dr. Blanco Bueno entiende que el oro y el platino son de difícil substitución en la prótesis bucal, por el peligro de que con los ácidos orgánicos pueden formar sustancias tóxicas que produzcan trastornos gástricos y renales, y además, que la saliva puede producir fenómenos electrolíticos con estas piezas. Aconseja el empleo único del oro, el platino y acaso el cromo, si bien este último cuerpo es peligroso.

El Dr. Trobo expone su opinión respecto a la constitución de este metal; el Dr. Landete recomienda estudio y observaciones acerca de él.

El Dr. Plaza expone las ventajas e inconvenientes de estos substitutivos y entiende que el referido metal no soporta una gran presión y tiene el inconveniente de ennegrecerse y ser difícil de trabajar.

El Dr. Perera dice haber empleado el metal en aparatos de retención, reducción de fracturas, comprobando que al cabo de un año se ennegrecen todas las piezas.

El Dr. Pesquera rectifica y encomia a todos en el estudio de la investigación de los componentes de estos materiales.

Termina la sesión presentando el Dr. García Gras un fantoma para la exploración odontológica y otolaringológica, explicando la técnica de su construcción y las ventajas que tiene para iniciar alumnos en exploraciones que son molestas para hechas por primera vez sobre el enfermo.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE HIGIENE

Sesión del 10 de Mayo de 1932.

El profesor Sr. Alarcón expuso su moción sobre los animales y las plantas desde el punto de vista higiénico y social, demostrando el elevado valor higiénico de ambos reinos de la naturaleza. Los Sres. Decref y Franco aportaron puntos de vista muy interesantes al tema, y el presidente, señor Mariscal, rogó al autor que dedujera las conclusiones que estimara pertinentes de su trabajo para someterlas a la

discusión de la Corporación y elevarlas después a los Poderes públicos.

SOCIEDAD OFTALMOLÓGICA DE MADRID

Sesión del 12 de Mayo de 1932.

CUERPO EXTRAÑO INTRAOCULAR Y CATARATA TRAUMÁTICA.
CURACIÓN. VALOR PROFESIONAL DEL OJO DESPROVISTO
DEL CRISTALINO

Dr. Marín Amat: En la sesión anterior presentamos este interesante caso curado de manera ideal, pero que no satisface al interesado y debe ser motivo de una indemnización, cuya cuestión conviene fijar en la legislación.

Recordemos que a este obrero le saltó una partícula de hierro al ojo produciendo una herida perforante con catarata traumática. Extraído el cuerpo extraño con el electroimán, aparece una iridociclitis moderada que cede con el tratamiento adecuado. Progresando lenta pero continuamente la reabsorción de masas cristalínas, nos limitamos a un tratamiento médico, logrando obtener a los tres meses una pupila negra y sin traza de inflamación ocular.

Prevía la oportuna corrección, la visión es igual a 1.

Este caso demuestra, de una parte, las ventajas de abstenerse de tratamiento quirúrgico (sólo indicado si existe hipertensión), limitándonos a vigilar y tratar de acelerar la reabsorción de masas a la vez que calmar los fenómenos reaccionales.

Otro aspecto interesante en este paciente es el médico-legal. Por la anisometropía, el ojo lesionado no puede alcanzar en la visión binocular normal la agudeza visual del otro ojo, si bien sigue conservando la extensión del campo visual y la visión de relieve. Sin embargo, la pérdida del cristalino y su consecuencia, la de la acomodación, supone motivo de incapacidad, siquiera sea relativa.

Por la parquedad de la legislación española en cuanto a indemnizaciones por lesiones de aparato visual, desearíamos que la Sociedad Oftalmológica estudiara y acordase la indemnización que debe concederse en estos casos.

Dr. Rivas Cherif: El Dr. Woillard presentó a la Sociedad Francesa de Oftalmología el año pasado un trabajo que puede servirnos de orientación. A falta de precisión legal, debemos considerar la pérdida de cristalino como equivalente de la de un ojo. En este sentido he informado en casos análogos.

Dr. Comenge: Creo muy loable se tengan en cuenta los perjuicios sufridos por el obrero, pero sin que debamos olvidar tampoco los intereses del patrono, ya que, al menos moralmente, no podría hacerse a este último responsable en algunos casos de accidente por no hacer uso de la protección debida.

Debe no sólo ordenarse el uso de las gafas protectoras, sino hacer que el obrero cumpla esta orden.

Considera la afaquia como una mutilación equivalente a pérdida de tres dedos de una mano.

Dr. Renedo: El interesante problema no puede plantearse ni tratar de resolver de modo tan simplista como pretende el comunicante.

Para enjuiciar con visos de acierto sobre la cuantía de indemnización que ha de acordarse debe tenerse en cuenta, no sólo la pérdida del cristalino, sino también otros factores esenciales, siendo el más importante el del oficio o profesión del paciente.

No puede equipararse, a los efectos que se discuten, la pérdida de cristalino en un obrero del campo, por ejemplo, con igual lesión en un ajustador, un delineante o cualquiera

otra profesión que exija una buena visión binocular. En ambos casos existirá una incapacidad pero de grandísima diferencia.

Por lo demás, en modo alguno podemos igualar la pérdida de un cristalino con la de un ojo.

Tampoco puede aceptarse de modo tan absoluto la imposibilidad de que el ojo afáxico tolere la corrección. De hecho la toleran algunos enfermos, sin que ello suponga exista visión binocular, que es lo que nunca ocurre.

Dr. Marín: Creo demasiado equiparar la afaquia con la pérdida total del ojo. No es corriente tolere un operado la corrección si el otro ojo está bien, salvo en los miopes y en gente vieja en que la visión del segundo ojo esté disminuida.

Considero que a la afaquia le correspondería una indemnización de un 15 a 20 por 100, que adaptado a la legislación española sería igual al sueldo de seis meses.

Opino que la afaquia debe valorarse de igual modo en todos los casos, y estoy de acuerdo en adoptar las medidas de protección necesarias.

Segundo Congreso Nacional de Patología Digestiva.

Bajo la presidencia del Dr. Gallart se ha reunido un grupo de gastroenterólogos para constituir la Comisión organizadora del Segundo Congreso Nacional de Patología Digestiva, que por acuerdo del Primer Congreso, reunido en Valencia, debe celebrarse en Barcelona en la primavera de 1933.

Acordaron fijar para la celebración del Congreso los días 11, 12 y 13 de Mayo de 1933, y dar comienzo seguidamente a los trabajos de organización y propaganda.

Se han encargado de la redacción de las ponencias los Dres. Oliver Pascual y Gutiérrez Arrese, de Madrid: «Etiología y patogenia de las colitis»; Dr. Gimeno Márquez, de Valencia: «Diagnóstico clínico y tratamiento médico de las colitis»; Dr. García Peláez, de Madrid: «Tratamiento quirúrgico de las colitis».

Al hacer públicos estos acuerdos, la Comisión organizadora del citado Congreso invita a todos los médicos que se interesen por la gastroenterología a colaborar en el mismo, recordándoles que los temas de ponencia se refieren todos al estudio de las colitis en sus diferentes aspectos, y que, para dar mayor unidad e interés científico a las deliberaciones del Congreso, es de la mayor conveniencia que las comunicaciones tengan relación con el mismo tema.

Para toda clase de informes, dirigirse al secretario: calle de Clarís, 113, Barcelona.

Asociación Huérfanos de Médicos

Publicamos la siguiente circular cuya lectura recomendamos a toda la clase médica.

«Nuestro estimado señor: Tenemos el honor de comunicarle la reciente fundación de la Asociación de Antiguos Alumnos del Colegio de Huérfanos de Médicos, con objeto de que en el periódico de su acertada dirección se digne insertar alguna nota que favorezca su propagación, ya que esta Asociación, como verá usted en la sesión inaugural, a la que con suficiente antelación será invitado, hallase muy necesitada del auxilio y concurso de la clase médica.

En el día que tenga usted a bien señalarmos, le visitará

un delegado de esta Asociación que le dará un exacto informe de sus fines, propósitos y proyectos.

Anticipándole las gracias por la buena acogida que no dudamos dispensará a nuestra súplica, le reiteran el testimonio de su consideración más distinguida.

Madrid, 7 de Mayo de 1932.—El presidente, *Efrén Heredia*.—El secretario, *Juan Toharia*.

Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Madrid

CONVOCATORIA ELECCIONES

Vacantes todos los cargos de la Junta de Gobierno de este Colegio Oficial, para adaptar su designación a las normas estatutarias vigentes, se convoca a elecciones para provisión de los mismos, de conformidad con lo preceptuado en los capítulos VI y VII del Reglamento.

Las votaciones parciales se celebrarán en el domicilio social del Colegio, de seis de la tarde a nueve de la noche, en los días que se expresan del mes de Mayo:

| Día 16.—Sector 1.º—Elegirá un vocal. | | | |
|--------------------------------------|---|------|---|
| » 17 | » | 2.º | » |
| » 18 | » | 3.º | » |
| » 19 | » | 4.º | » |
| » 20 | » | 5.º | » |
| » 21 | » | 6.º | » |
| » 23 | » | 7.º | » |
| » 24 | » | 8.º | » |
| » 25 | » | 9.º | » |
| » 26 | » | 10.º | » |
| » 27 | » | 11.º | » |
| » 28 | » | 12.º | » |

Las votaciones para los cargos de presidente, vicepresidente, tesorero, contador, secretario y vicesecretario, tendrán lugar en los días 30 y 31 de dicho mes, de once a una y de seis a nueve.

Concursos y oposiciones oficiales.

Por la Dirección general de Sanidad se convoca a concurso oposición libre para proveer 20 plazas de médicos jefes de los Dispensarios antituberculosos de Orense, La Coruña, Oviedo, Santander, Vitoria, Valladolid, Zamora, Salamanca, León, Valencia, Alicante, Murcia, Cádiz, Córdoba, Sevilla, Huelva, Cáceres, Zaragoza, Santa Cruz de Tenerife y Huesca, y la de médico director del Sanatorio de Alcohete (Guadalajara), dotadas todas ellas con el haber anual de 6.000 pesetas, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª a) Ser español o estar naturalizado en España.
- b) Carecer de antecedentes penales y presentar certificación de buena conducta.
- c) No estar incapacitado para ejercitar cargos públicos.
- d) No padecer defecto físico que dificulte el desempeño del cargo.
- e) Ser licenciado o doctor en Medicina y Cirugía y estar en posesión del título correspondiente.

2.ª Los aspirantes presentarán las instancias, dirigidas al Ilmo. Sr. Director general de Sanidad, en el Negociado de Personal de la propia Dirección, en el plazo de veinte días hábiles, contados a partir del siguiente al de la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, acompañándose a las mismas los documentos acreditativos

de las condiciones antes señaladas. También se acompañarán los documentos que acrediten los cargos desempeñados, estudios realizados, méritos, publicaciones y trabajos relacionados con la especialidad en su doble aspecto médico y social. Al propio tiempo abonarán 50 pesetas en metálico en concepto de derechos de oposición.

3.ª El Tribunal que ha de juzgar el presente concurso, oposición estará constituido en la forma siguiente:

Presidente, D. Sadí de Buen Lozano, inspector general de Instituciones sanitarias.

Vocales: D. Julio Blanco Sánchez, director del Sanatorio «Lago»; D. Manuel Tapia Martínez, director del Hospital Nacional; D. Francisco R. de Partearroyo, director de la Enfermería para tuberculosos de Chamartín de la Rosa; don Miguel Crespo Alvarez, director del Dispensario antituberculoso del distrito del Hospital, que actuará como secretario, y D. Antonio Ortiz de Landázuri, director del Preventorio Infantil de Guadarrama, que actuará como suplente.

4.ª El día y hora que el Tribunal acuerde comenzarán los ejercicios, que serán dos: el primero, de carácter eliminatorio y de índole práctica, consistirá en el estudio clínico de un enfermo y la exposición escrita del mismo con arreglo a las normas que marque el Tribunal.

El segundo ejercicio consistirá en la contestación escrita a un tema relacionado con tuberculosis, entre diez dados a los señores opositores con veinticuatro horas de anticipación por el Tribunal.

El Tribunal, al final de los ejercicios, tendrá en cuenta los méritos y trabajos presentados por los señores opositores relacionados con la especialidad.

Terminados los ejercicios, el Tribunal propondrá a la Superioridad, por orden de prelación, el nombramiento de los aspirantes que, a su juicio, deban ocupar las plazas concursadas.

Hecha la clasificación definitiva de los aspirantes por el Tribunal, éste remitirá a la Dirección general el expediente del concurso-oposición con la propuesta de los señores aprobados, la cual, a su vez, pasará el expediente al Consejo Nacional de Sanidad para que informe sobre la tramitación seguida al efecto.

Lo que se hace público para general conocimiento. (*Gaceta* del 18 de Mayo.)

Han sido nombrados vocales del Tribunal encargado de juzgar el concurso-oposición para proveer tres plazas de médicos Otorrinolaringólogos, afectos a las instituciones antituberculosas, D. Tomás Rodríguez Mata, D. Victoriano M. de Acosta y D. Rafael Navarro Gutiérrez, que actuará como secretario.

Al propio tiempo se pone en conocimiento de los señores opositores que, de conformidad con lo establecido en la vigente ley de Presupuestos, una de las plazas, dotadas con 5.000 pesetas anuales, se destina a prestar servicios en los Sanatorios de Húmera, Valdelatas y Preventorio de San Rafael, y las otras dos, dotadas con el de 4.000 pesetas cada una, se destinan al servicio de los tres Dispensarios antituberculosos de Madrid.

El Tribunal se reunirá el próximo miércoles día 25 del actual, a las doce de la mañana, en la Dirección general de Sanidad y fijará en el tablón de anuncios de la misma la hora del propio día 25 o siguiente en que den comienzo los ejercicios.

En cumplimiento de lo dispuesto en Orden fecha 29 de Enero del corriente año, se convoca a concurso-oposición libre para proveer la plaza de médico residente del Sanatorio de Húmera, dotada con el haber anual de 6.000 pesetas, con arreglo a las siguientes condiciones:

- 1.ª a) Ser español o estar naturalizado en España.
- b) Carecer de antecedentes penales y presentar certificación de buena conducta.
- c) No padecer defecto físico que dificulte el desempeño del cargo.
- d) Ser licenciado o doctor en Medicina y Cirugía, y estar en posesión del título correspondiente.

2.ª Los aspirantes presentarán las instancias, dirigidas al Ilmo. Sr. Director general de Sanidad, en el Negociado de Personal de la propia Dirección durante un plazo de quince días hábiles, a partir del siguiente al de la publicación de la presente convocatoria en la *Gaceta de Madrid*, y acompañándose a las mismas los documentos acreditativos de las condiciones antes señaladas. También se acompañarán los documentos que acrediten los cargos desempeñados, estudios realizados, méritos, publicaciones y trabajos relacionados con la especialidad en su doble aspecto médico y social. Los concursantes abonarán en el acto de la presentación de las instancias la cantidad de 25 pesetas en metálico, en concepto de derechos de oposición.

3.ª El Tribunal que oportunamente se nombre por esta Dirección general, anunciará el día y hora en que comenzarán los ejercicios, que serán dos: el primero, que tendrá carácter eliminatorio, consistirá en la explicación escrita de la actuación anterior del opositor, así como de sus trabajos, estudios y publicaciones; el segundo ejercicio, de carácter clínico, consistirá en el estudio de dos enfermos que no podrán ser del Centro donde trabaje el opositor.

4.ª El Tribunal hará propuesta unipersonal a la Superioridad del opositor declarado apto para ocupar la plaza objeto del presente concurso-oposición.

5.ª El nombramiento se hará por un período de diez años, prorrogable por períodos sucesivos de otros diez previo informe del jefe de la dependencia.

Lo que se hace público para general conocimiento. Madrid, 17 de Mayo de 1932.—El director general, *M. Pascua*. (*Gaceta del 18 de Mayo*.)

SECCION OFICIAL

MINISTERIO DE LA GOBERNACION

Bañeros.—Aclarando la Orden relativa al régimen de Establecimientos.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Habiéndose solicitado de este Ministerio algunas aclaraciones a la Orden relativa al régimen de los Establecimientos Bañeros, inserta en la *Gaceta* de 5 de Abril último,

Este Ministerio ha tenido a bien disponer:

1.º Que siendo innecesario el refrendo de las prescripciones facultativas por los médicos directores de baños que venían realizándolo en orden al tratamiento hidromineral, pero sí obligada esta prescripción por un médico con ejercicio legal, debe tenerse presente que en adelante serán los administradores o dueños de los bañeros los que exijan y archiven estos documentos, siendo ellos también los que recojan y fijen en los libros de Administración las pólizas

del impuesto del Timbre, que antes se fijaban en los libros de los médicos directores.

2.º Que en las citadas prescripciones se han de detallar las prácticas y forma de realizar el tratamiento hidromineral, tanto respecto a los baños como a las dosis de la cura de bebida.

3.º Que los enfermos de la Beneficencia provincial o municipal, que concurren a los bañeros, deberán llevar estas mismas prescripciones autorizadas por los médicos de la Beneficencia provincial o por los médicos titulares en el segundo caso, siendo atendidos en los bañeros, si les fuese preciso, por los facultativos adscritos al servicio benéfico de las poblaciones más próximas al balneario.

Lo que digo a V. I. para su conocimiento y efectos. Madrid, 16 de Mayo de 1932.—*Casares Quiroga*.—Señor director general de Sanidad. (*Gaceta del 18 de Mayo*.)

INSTRUCCIÓN PUBLICA Y BELLAS ARTES

Reconociendo derecho a los doctores de Medicina que desempeñan función docente en el Instituto Nacional de Higiene para opositar Cátedras de Higiene que se anuncien en el turno de auxiliares.

ORDEN

Ilmo. Sr.: Remitida al Consejo de Instrucción pública, para su autorizado dictamen, la instancia de que luego se hace mérito, dicho Cuerpo consultivo ha entendido lo siguiente:

«D. Pablo Montañés Escuer, doctor en Medicina y Cirugía, médico del Cuerpo de Sanidad Nacional, en instancia fecha del presente mes de Abril expone que, deseando tomar parte en las oposiciones convocadas para proveer la Cátedra de Higiene de la Facultad de Medicina de la Universidad de Santiago, encontrándose en la imposibilidad de hacerlo por estar convocadas a turno de auxiliares y no estar incluido en las condiciones exigidas por el Reglamento de 15 de Julio de 1921, acude a la Superioridad en súplica de que se sirva conceder a los individuos pertenecientes al Cuerpo de Sanidad Nacional derecho a opositar Cátedras de Higiene en el turno de auxiliares, porque la legislación vigente concede a los médicos de aquel Cuerpo, entre otras atribuciones, la de dar cursos en los Institutos provinciales de Higiene de perfeccionamiento para médicos, farmacéuticos y veterinarios sobre los materiales de Higiene y Sanidad pública y otros, como el exponente desempeña función docente en el Instituto Nacional de Higiene.

La Subsecretaría de Instrucción pública y Bellas Artes, con fecha 13 del presente mes de Abril, envía la preinserta instancia a informe de este Consejo.

El Consejo entiende que a los doctores en Medicina que desempeñen función docente en el Instituto Nacional de Higiene puede reconocérseles derecho para opositar Cátedras de Higiene que se anuncien al turno de auxiliares a partir de la fecha del reconocimiento de dicho derecho.»

Y este Ministerio, conformándose con el preinserto dictamen, ha resuelto como en el mismo se propone.

Lo digo a V. I. para su conocimiento y demás efectos. Madrid, 9 de Mayo de 1932.—*P. D., Domingo Barnés*.—Señor subsecretario de este Ministerio. (*Gaceta del 12 de Mayo*.)



MORRHUÉTINE

EL TÓNICO DE LA INFANCIA
Y DE LA PUBERTAD.

JUNGKEN

MEDICACIÓN YODADA
POR EXCELENCIA

SE USA TODO EL AÑO — SABOR GRATÍSIMO — TOLERANCIA PERFECTA

NURRISOL

RECONSTITUYENTE GENERAL PARA LAS MUJERES QUE CRIAN
FACILITA LA LACTANCIA MATERNA

PAHIRVOL

TÓNICO ESTOMACAL
INSUFICIENCIAS Y ATONÍAS GÁSTRICAS

LABORATORIOS CORBIÈRE - PARIS

SUERO ANTI-ASMÁTICO DE HECKEL

MUESTRAS
GRATIS

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

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

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

Bactilose

OLIVER
RODES

PRODUCTO
DEL PAÍS

Contiene los fermentos aislados de la levadura
de cerveza y de vino asociados a la malta.

INDICACIONES

*Forunculosis, Septicemias
Antrax, Escarlatina, Gripe.*

NO PRESENTA CONTRAINDICACIONES

USO: Casos agudos: Una cucharada grande,
diluído en agua, cada dos horas.

Casos crónicos: de tres a cuatro cucharadas
por día en las comidas.

DEPÓSITO GENERAL

VENTA EN
FARMACIAS

LABORATORIO
QUÍMICO - FARMACEUTICO
DEL DR. B. OLIVER Y RODÉS

CONSEJO CIENTO 308 - BARCELONA

Lipiodol

ADOPTADO EN LOS HOSPITALES

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

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

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

FORMAS FARMACÉUTICAS :

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

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

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

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

Se halla en todas las buenas farmacias.

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

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

LIPIODOL
LAFAY

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

AROMAS DE FRUTAS

ESPECIALES PARA PERFUMAR

ACEITE DE RICINO Y DE PARAFINA

CEDRAT - FRAMBUESA - FRESA - LIMÓN - MANDARINA - MANZANA

NARANJA - PERA - PIÑA - PLÁTANO - VAINILLA

DESTILERIAS ADRIAN KLEIN, S. A. — BENICARLO (Castellón)

Ayuntamiento de Madrid

GACETA DE LA SALUD PUBLICA

Estado sanitario de Madrid.

Altura barométrica máxima, 710,4; idem mínima, 702,7; temperatura máxima, 27°,2; idem mínima, 10; vientos dominantes, OSO. y NE.

Han aumentado los procesos infecciosos abdominales, mejorando los catarrales respiratorios y los del metabolismo.

En el Hospital de Epidemias —antes Hospital del Rey— se estudia un caso, que en unión de otros de la misma familia de los sirvientes y alguna persona visita de la casa que no han requerido hospitalización, padecen síntomas sospechosos de triquinosis, aunque en el jamón que se supone causante no se han hallado los parásitos.

En los niños no hay variación; siguen abundando los casos de sarampión y se ha dado alguno de meningitis, pero no epidémica, sino de origen ótico.

CRONICAS

Vacantes de médicos.—Por concurso de antigüedad:

Valdeolivas y anejos (Cuenca). 2.750 pesetas.
 Riofrio (Avila). 1.650 pesetas.
 Corral de Almaguer (Toledo). 2.750 pesetas.
 La Solana (Ciudad Real). 2.750 pesetas.
 Liétamo (Huesca). 1.375 pesetas.
 Castells de Castells (Alicante). 1.650 pesetas.
 Vallfogona de Balaguer (Lérida). 1.375 pesetas.
 Valdovino (Coruña). 2.750 pesetas.
 San Juan de Alicante (Alicante). 2.200 pesetas.
 Lagartera (Toledo). 2.750 pesetas.
 La Galera (Tarragona). 1.650 pesetas.
 Gallegos de Altamirós (Avila). 1.375 pesetas.
 Tolarrubias (Badajoz). 2.200 pesetas.
 Moraleja de Eumedio (Madrid). 1.650 pesetas.
 Gálvez (Toledo). 2.200 pesetas.

—Por concurso de méritos:

Cózar (Ciudad Real). 2.200 pesetas.
 Hellín (Albacete). 3.300 pesetas.
 Otos y anejo (Valencia). 2.750 pesetas.
 San Asensio (Logroño). 2.200 pesetas.
 Barajas de Melo (Cuenca). 2.200 pesetas.
 Aldeanueva de Figueroa (Salamanca). 2.200 pesetas.
 Villarreal (Castellón). 3.300 pesetas.
 Ochandiano (Vizcaya). 2.200 pesetas.

—Técnicos por concurso de antigüedad:

Jerez de los Caballeros (Badajoz). 3.000 pesetas.
 El Arahal (Sevilla). 3.000 pesetas.
 Solicitudes hasta el 15 de Junio.

**

—Por concurso de méritos:

Brozas (Cáceres). 2.750 pesetas.
 Roperuelos del Páramo, con dos anejos (León). Pesetas 2.200.
 Fuendetodos (Zaragoza). 1.650 pesetas.
 Noves de Segre y anejos (Lérida). 2.200 pesetas.

—Por concurso de antigüedad:

Uncastillo (Zaragoza). 2.200 pesetas.
 Polop (Alicante). 2.200 pesetas.
 Villalba del Alcor (Huelva). 2.750 pesetas.
 Villagarcía de la Torre (Badajoz). 2.200 pesetas.
 Calahorra (Logroño). 2.750 pesetas.
 Apies y anejo (Huesca). 1.650 pesetas.
 Santa Gadea del Cid y anejo (Burgos). 1.650 pesetas.
 Terrinches (Ciudad Real). 1.650 pesetas.
 Una plaza de técnico, por antigüedad, de Ordeniente (Valencia). 2.500 pesetas.
 Solicitudes hasta el 14 de Junio.

**

—Hasta el 16 de Junio se pueden solicitar las siguientes por concurso de antigüedad:

Encinas (Segovia). 1.650 pesetas.
 Rois (Coruña). 2.750 pesetas.
 Paredes de Nava (Palencia). 2.200 pesetas.
 Villanueva de las Manzanas (León). 2.200 pesetas.
 Adsubia (Alicante). 1.650 pesetas.
 Robleda (Zamora). 2.200 pesetas.
 Campillo de la Jara (Toledo). 2.200 pesetas.
 Arriate (Málaga). 2.750 pesetas.
 Orce (Granada). 2.200 pesetas.
 Campo de Cuéllar (Segovia). 1.650 pesetas.
 Villamayor (Salamanca). 2.200 pesetas.
 Tordesilos (Guadalajara). 1.375 pesetas.
 Capellades (Barcelona). 2.200 pesetas.
 Castiello de la Jaca (Huesca). 1.650 pesetas.
 Utande (Guadalajara). 1.375 pesetas.
 Sepulcro y Hilario (Salamanca). 2.200 pesetas.

—Por concurso de méritos:

Alora (Málaga). 3.300 pesetas.
 Paredes de Nava (Palencia). 2.200 pesetas.
 Cazaila (Jaén). 3.450 pesetas.
 Nogal de las Huertas (Palencia). 1.375 pesetas.
 Villavieja de Yeltes (Salamanca). 2.200 pesetas.
 Pedrezuela (Madrid). 1.650 pesetas.

—Por oposición, hasta el 12 de Junio:

Marchamalo (Guadalajara). 1.650 pesetas.
 Horcajada de la Torre y anejos (Cuenca). 2.200 pesetas.
 Nogueira de Ramuín (Orense). 2.750 pesetas.
 El Escorial (Madrid). 2.200 pesetas.
 Alar del Rey y anejo (Palencia). 1.650 pesetas.
 Albarracín y anejos (Teruel). 3.303 pesetas.
 Epila (Zaragoza). 2.200 pesetas.

**

—Por concurso de méritos:

Losar del Barco (Avila). 2.750 pesetas.
 Montblanch (Tarragona). 2.750 pesetas.
 Preixana (Lérida). 1.650 pesetas.

—Por concurso de antigüedad:

Torrente de Cinca (Huesca). 1.650 pesetas.
 Villasalto (Córdoba). 2.200 pesetas.
 Ribadeo (Lugo). 3.300 pesetas.
 Salem (Valencia). 2.200 pesetas.
 Piedrafitas del Cebreiro (Lugo). 3.300 pesetas.
 Solicitudes hasta el 17 de Junio.

**

En el número próximo publicaremos con más detalles las vacantes transcritas.

Vacantes de practicantes.—Covaleda (Soria). 660 pesetas, 11 de Junio.

—Salinas de Leniz (Guipúzcoa). 375 pesetas, 9 de Junio.

De la «Gaceta».—12 de Mayo.—Justicia.—Ordenes nombrando médicos substitutos de los forenses de Madrid a D. José María Pérez Martín y a D. José Luis Martín Antonio.

Gobernación.—Orden autorizando a los médicos dependientes de este Ministerio para que puedan concurrir a la ciudad de Zaragoza, durante los días 26 al 29 del mes actual, con el fin de asistir a las sesiones de las Jornadas médicas aragonesas.

Dirección general de Sanidad.—Declarando a las minas Antolín y San Rafael, de la Sociedad Minero Metalúrgica de Peñarroya, como Mina inadecuada en lo que en la anquilostomiasis o anemia de los mineros se refiere.

Jornadas Médicas Aragonesas.—Ha quedado última del programa para las Jornadas Médicas Aragonesas, que se celebrarán en Zaragoza en los días 26 al 29 del actual, ambos inclusive. Estarán representados en las Jornadas Médicas Aragonesas los médicos de Francia, Italia y Bélgica. De Poo vendrá un numeroso grupo de médicos.

El día 28 a las doce de la mañana, se celebrará el primer acto del programa, o sea una recepción en la Diputación Provincial en honor de los médicos. A las tres y media de la tarde, el Dr. Marañón disertará acerca de una ponencia sobre reumatismo poliarticular.

Los días 27, 28 y 29 se entregarán los asambleístas a una copiosa labor científica, efectuando también algunas excursiones.

Nombramiento acertado.—El diario *La Correspondencia* (antes *La Correspondencia Militar*) ha nombrado redactor médico de dicho periódico al ilustre pediatra y conocido publicista médico Dr. D. Juan Garrido Les-tache.

Nuestra enhorabuena por la elección y al elegido.

Curso de Oftalmología.—Continúa este curso. El programa para la próxima semana y siguiente es:

Día 23.—Dr. López Enriquez: «Papilitis y edema papilar».

Día 24.—Dr. Marin Amat: «Tumores malignos del aparato visual».

Día 25.—Dr. Sainz de Aja: «Cómo se explora un presunto sífilítico».

Día 27.—Dr. Márquez: «Tratamiento quirúrgico de la hipertensión ocular».

Día 28.—Dr. Poyales: «Complicaciones operatorias y postoperatorias en la operación de la catarata».

Día 30.—Dr. García Tapia: «Afecciones sinusales y oftalmología».

Día 31.—Dr. Renedo: «Sífilis ocular».

Día 1 de Junio.—Dr. Arce: «Radiodiagnóstico en oftalmología».

Día 2.—Dr. Sánchez Covisa: «Dermatosis palpebrales».

Día 3.—Dr. Olivares: «Traumatismos de la órbita».

Día 4.—Dr. Suñer: «El hábito escrofuloso en oftalmología».

Día 6.—Dr. Leoz: «Tratamiento quirúrgico del desprendimiento de la retina».

Noticias.—En un céntrico restaurante se reunieron el sábado en fraternal banquete un numeroso grupo de amigos del joven y ya prestigioso pediatra Dr. Jaso, con motivo de su triunfo en las oposiciones a médicos pediatras de los dispensarios antituberculosos.

—Un grupo de médicos de Valencia ha elevado a la presidencia del Colegio de Médicos de Valencia un escrito de protesta contra la Junta de Médicos de la Iguala, que se rige por un reglamento, según se dice en la protesta, arbitrario, ilegal, coactivo e inmoral. En junta general ordinaria celebrada el 2 de Febrero se acordó por unanimidad la desaparición de la Asociación de Médicos de la Iguala. El Consejo general de Madrid acordó declarar ilegal la existencia de dicha Asociación, y se pidió la celebración de una junta general para impedir su funcionamiento.

Necrología.—En El Rosillo (Logroño) ha fallecido don Clodomiro Villar Santaló. A la familia del finado enviamos nuestro pésame.

Colegio de Médicos.—Previsión Médica Nacional avisa a todos sus asociados que antes del día 26 del corriente se han de recibir en este Colegio las instrucciones necesarias para asistir a la Asamblea de Colegios Médicos.

En plazo breve se convocará por este Colegio a una junta general extraordinaria, a fin de que por los colegiados se elijan los representantes que hayan de acudir a la citada Asamblea, que ha de celebrarse en La Coruña el mes de Junio próximo.

Concurso. *Medicina*, revista profesional de ciencias médicas, al objeto de estimular al trabajo a los compañeros que ejercen la profesión en los pueblos y a los que continúan sus estudios de perfeccionamiento en las bibliotecas, clínicas o clientela, ha instituido los siguientes premios:

1.º Quinientas pesetas para un estudio acerca de una epidemia asistida por el concursante en un distrito rural.

2.º Quinientas pesetas para un trabajo de investigación de inmediata aplicación al diagnóstico o al tratamiento.

3.º Doscientas cincuenta pesetas para un estudio clínico de la gripe.

4.º Doscientas cincuenta pesetas para un trabajo sobre tratamiento de las infecciones agudas de mano y antebrazo.

5.º Doscientas cincuenta pesetas para un trabajo clínico de tema libre.

6.º Doscientas cincuenta pesetas para un estudio de medicina clínica o social, efectuado por un médico militar destinado en Marruecos.

7.º Varios accésits, que consistirán en la publicación del trabajo en *Medicina*, concesión de cincuenta apartes y la suscripción gratuita durante un año a *Medicina* a favor del autor.

Los trabajos, que no excederán de veinte páginas como máximo, ni de cuatro como mínimo, de las asignadas a *Medicina*, deberán ser remitidos a esta Redacción, Ayala, 27 moderno, antes del primero de Julio próximo, firmados por el autor, con su domicilio correspondiente, para que en el número de Agosto pueda ser publicado el fallo de la Comisión calificadora.

Tribunal.—Para juzgar el concurso a una plaza de médico auxiliar residente en el Hospital de Incurables, de Toledo, se ha nombrado el siguiente Tribunal:

Presidente: D. Pedro Cifuentes Díaz, decano jefe del Cuerpo.

Vocales: D. León Cardenal Pujals, D. Francisco Rozabal Farnés, D. Francisco Martín de Antonio; y

Vocal-secretario, D. Augusto Granados Gómez.

Informaciones médicas «Knoll». Sumario del número 13: «Los temperamentos endocrinos», por el Dr. Silvio de Candia. «Contribución al estudio clínico de las complicaciones pulmonares de la gripe», por el Dr. Römmelt. «La anestesia general en la capital de México», por el Geh. Rat Prof. Dr. Felipe Bockenheimer. «Deducciones terapéuticas relativas a la menopausia», por el Dr. Américo Valerio. «Observaciones sobre la terapia de la insuficiencia cardiovascular», por W. Dubberstein. «Consideraciones sobre el tratamiento de la hipertensión en la práctica», por V. Jankau. «Imhotep y la Cirugía del antiguo Egipto», por el Geh. Rat Prof. Dr. Eugenio Holländer.

Por las Clínicas de Europa.—Se encuentran a la venta los tomos I, III, IV, V, VI, VII y VIII.

El tomo IX se envía por entregas en los números corrientes.

Los cuadernillos atrasados tienen el precio de 0,25 pesetas cada uno.

Recientes Innovaciones en Terapéutica Experimental, Suero y Quimioterapia. Las Cefalalgias y su tratamiento. Varices y Hemorroides.—Con el número presente acompañamos un prospecto de la Editorial Manuel Marín, Provenza, 273, Barcelona, en el que figuran datos interesantes respecto a las indicadas obras, recomendando su lectura.

Médico se ofrece para substituir compañero de Ayuntamiento o Sociedad. Dirigirse a D. Manuel Martínez, Santo Domingo de la Calzada (Logroño).

Libros.—Economía, rapidez Pida todos a EL SIGLO MÉDICO. Pago adelantado o reembolso.

Programa.—En un folleto hemos reunido el Programa de los ejercicios oral y escrito para oposiciones a plazas de médicos titulares inspectores municipales de Sanidad. Para completar los datos que pueden ser a todos los médicos de mucha utilidad hemos añadido a él el Real decreto de 2 de Agosto de 1930 y la Real orden de 11 de Noviembre de 1930. Precio de este folleto, 1,50 pesetas.

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

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